

De kliniska forskarnas förutsättningar i Sverige



De kliniska forskarnas förutsättningar i Sverige

VR2329

Dnr 3.1-2023-00027

ISBN 978-91-89845-11-4

Swedish Research Council

Vetenskapsrådet

Box 1035

SE-101 38 Stockholm, Sweden

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	6
Incitament för klinisk forskning	6
Tid till forskning	7
Forskarnas rörlighet nationellt och internationellt.....	7
Attityder om förutsättningar för klinisk forskning.....	8
Summary	9
1 Inledning	12
2 Metod	14
3 Kliniska forskare – bakgrundsinformation	16
Bakgrundsvariabler: kön, akademisk titel och profession	17
Organisation och arbetsgivare	19
Forskarnas disputationår	20
Forskningsämnesområden	22
Finansiering av forskningen.....	22
Handledning av forskarstudenter	25
Klinisk forskning under pandemin	29
Sammanfattning bakgrund.....	30
4 Tid till forskning	32
Sammanfattning.....	37
5 De kliniska forskarnas rörlighet (mobilitet)	38
Sammanfattning.....	45
6 Bedömning av förutsättningar för klinisk forskning	46
Sammanfattning.....	55
7 Öppna svar	56
Inledning	56
Forskningsinfrastruktur.....	57
Forskningstid	57
Karriär.....	58
Incitament	59
Finansiering	59
Sammanfattning.....	60
8 Fördjupningsstudie med forskare och forskarstudenter om viktiga förutsättningar för klinisk forskning	61
Varför bli klinisk forskare?.....	61
Incitament för klinisk forskning	61
Tid till forskning.....	62

Mobilitet bland kliniska forskare/forskarstudenter	64
Tillgång till forskningsinfrastrukturer.....	65
Medskick för att stärka den kliniska forskningens förutsättningar i Sverige..	66
9 Analys och diskussion.....	68
BILAGOR.....	73
Bilaga 1	73
1. Tillgång till forskningsinfrastrukturer	73
2. Tid till forskning.....	73
3. Karriärutveckling för kliniska forskare	74
4. Incitament för klinisk forskning	74
Bilaga 2: Metod	75
Enkätundersökning.....	75
Sammanställning av fritextsvar	77
Fokusgruppsintervjuer	77
Bilaga 3	79
Akademisk titel.....	79
Kön	83
Bilaga 4: Enkäter till forskare och forskarstudenter	85
Mapping of clinical researchers.....	85
Mapping of research students	88
Main survey clinical researchers	92
Section 1 Background Information.....	92
Section 2 Infrastructure.....	95
Section 3 Time for research.....	95
Section 4 Career model.....	96
Section 5 Incentives for clinical research	97
Section 6 Final assessment	98
Main survey for research students	100
Section 1 Background information.....	100
Section 2 Infrastructure.....	101
Section 3 Time for research.....	102
Section 4 Career model.....	103
Section 5 Incentives for clinical research	104
Section 6 Final assessment	105

Förord

I den här rapporten presenteras kliniska forskares och forskarstudenters syn på sina förutsättningar för klinisk forskning i Sverige. Rapporten redovisar en nationell analys av det gedigna enkätunderlag som samlades in vid ALF-utvärderingen om den kliniska forskningens förutsättningar våren 2022. Enkätdata har kompletterats med fokusgruppsintervjuer med representanter av forskare och forskarstudenter i ALF regionerna.

Analysen identifierar utmaningar med att bedriva klinisk forskning parallellt med kliniskt arbete inom hälso- och sjukvården och i samverkan med universiteten. Det handlar om att det är svårt att i högre grad integrera den kliniska forskningen i det kliniska arbetets vardag. I rapporten beskrivs och analyseras bland annat utmaningar med jämställdhet, karriärvägar, incitament för klinisk forskning samt att säkerställa tid till forskning.

Rapporten har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av Maria Bergström (uppdragsledare), Johan Fanger och Linnea Wickström Östervall.

Jag hoppas att underlaget kan användas för diskussioner och debatt om hur de kliniska forskarnas förutsättningar i Sverige kan stärkas.

Katarina Bjelke

Generaldirektör, Vetenskapsrådet

Sammanfattning

Under våren 2022 genomfördes en enkätundersökning som en del i ALF-utvärderingen om den kliniska forskningens förutsättningar.¹ Ett stort urval kliniska forskare och forskarstudenter deltog i studien. Metoden och svarsfrekvensen säkerställer att enkäten ger en representativ bild av alla kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna. I denna rapport har vi sammanställt de data som samlades in vid utvärderingen på nationell nivå, samt kompletterat med fokusgruppsintervjuer för att fördjupa analysen.

Ungefär 80 procent av den kliniska forskningen i Sverige genomförs i ALF-regionerna², så rapporten får anses ge en god bild av situationen för kliniska forskare i Sverige, även om de som forskar utanför ALF-regionerna inte ingår i underlaget.³

Rapporten visar att sjukvårdshuvudmännen, enligt forskare och forskarstudenter, i högre grad än idag måste säkerställa forskningstid, resurser och incitament för klinisk forskning. Huvudmännen behöver främja en stark forskningskultur inom hälso- och sjukvården.

Incitament för klinisk forskning

Klinisk forskning är nödvändig för att utveckla och förbättra vården i Sverige, vilket också ALF-utvärderingen konstaterar. Vårt empiriska underlag visar att forskningskulturen inom hälso- och sjukvården är svag och att klinisk forskning inte värdesätts i verksamheterna. Det saknas tydliga incitament för att utbilda sig till och verka som klinisk forskare.

Sjukvårdsorganisationerna behöver bli bättre på att prioritera och värdesätta klinisk forskning och det engagemang som driver kliniska forskare. Klinisk forskningskompetens behövs på alla nivåer i organisationen, för att kunna påverka strukturer som är nödvändiga för att bedriva klinisk forskning av hög kvalitet. Framförallt behöver ledningen inom hälso- och sjukvården bli bättre på att främja och stödja klinisk forskning i den kliniska vardagen. Det är också viktigt att främja forskningssamarbeten utanför den egna organisationen, såväl på nationell som internationell nivå, för att kontinuerligt utveckla och förbättra vården av patienter.

Forskarna skriver i fritextsvaren bland annat att de uppfattar karriärvägen från forskarstudent till etablerad klinisk forskare som otydlig, inte minst efter

¹ [Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet 2023 års utvärderingsrapport, Vetenskapsrådet 2023](#)

² <https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/bibliometrisk-statistik-for-publikationer-inom-klinisk-forskning.html>

³ ALF-regionerna är beskrivna i kapitel 2 om metoder för undersökningarna.

disputation. De menar att individens inneboende drivkrafter idag är avgörande för att påbörja och bibehålla en forskarkarriär, eftersom de organisatoriska incitamenten är svaga. Samma bild framkom under fokusgruppsintervjuerna.

Tid till forskning

En av de viktigaste förutsättningarna för att kunna ägna sig åt klinisk forskning är att få avsätta tid till att göra det parallellt med sin kliniska praktik. Nästan 30 procent av de kliniska forskarna i ALF-regionerna, har inte någon kontrakterad tid till forskning alls. Vår analys visar dessutom att det främst är juniora forskare som inte har någon kontrakterad forskningstid. I det här sammanhanget är det värt att påpeka att professorer har tid till forskning inkluderat i sin tjänst. Docenter och disputerade kan, i varierande grad, ha överenskommelser om att få ägna en del av arbetstiden till klinisk forskning, som inte är formaliserade. Att forskningstid inte är formellt angiven för den kliniska tjänsten, verkar således missgynna juniora forskare.

I diskussionerna med fokusgrupperna framgick att det är lättare att få forskningstid om man har beviljats ALF-medel eller externa forskningsmedel, i synnerhet för forskarstudenter och disputerade. Våra data visar att ALF-medel i öppna utlysningar dock i högre grad går till professorer, som redan har forskningstid som en del av sin anställning, och därmed har lättare att söka externa medel än mer juniora forskare och forskarstudenter.

ALF-regionerna skulle kunna se över hur ALF-medel utlyses för att rikta dessa mot andra grupper än professorer. Framförallt nydisputerade forskare skulle behöva tillgång till ALF-medel för att kunna etablera sig som forskare. Det gäller även övriga forskare som inte är professorer men som befinner sig i olika faser av sina forskarkarriärer.

När vi frågade forskarstudenterna om de hade regelbunden tid med sin handledare så svarade en övervägande majoritet ja. Samtidigt angav cirka 30 procent att de till viss del önskade mer tid med sin handledare. Bland både professorer och docenter uppger en majoritet att de handleder forskarstudenter. Däremot är nästan var femte professor endast bihandledare för närvarande. Här finns eventuellt utrymme att utnyttja handledarkompetensen bättre.

Forskarnas rörlighet nationellt och internationellt

En annan forskningsförutsättning som är viktig för att stärka kvaliteten på den kliniska forskningen, enligt ALF-utvärderingen, är forskarens erfarenheter av olika kliniker och forskningsmiljöer, både i Sverige och internationellt. Professorer och docenter har i större utsträckning varit mobila än gruppen disputerade. Detta tyder på att mobilitet var viktigare tidigare eller att mobilitet kommer med åren. Samtidigt vet vi för lite om hur mobilitet påverkar vetenskaplig kvalitet i forskningen, något som behöver undersökas vidare.

Attityder om förutsättningar för klinisk forskning

I enkäten fick forskarna och forskarstudenterna bedöma förutsättningar för klinisk forskning. Forskarna och forskarstudenterna anser generellt att alla forskningsförutsättningar som nämndes, det vill säga, tillgång till forskningsinfrastrukturer, tid till forskning, karriärutveckling och incitament till klinisk forskning, är viktiga. De bedömer samtidigt att de i betydlig lägre grad är implementerade i ALF-regionerna.

Ett mönster som framträder tydligt är att respondenterna inte anser att det är så viktigt att ha stöd för att använda nationella infrastrukturer som ESS, MAX IV och SciLifeLab. Det gäller särskilt forskarstudenterna. En anledning till att det värderas lägre skulle kunna vara att det saknas kunskap om vilken forskning som kan bedrivas med stöd av de nationella infrastrukturerna samt hur man får tillgång till dessa.

Vid en uppdelning av analysen på kön framkommer däremot några större skillnader. Det gäller påståendet om att ”jämsällldhet och genusperspektiv tas upp för att säkerställa att forskningsmöjligheter är lika för alla behöriga forskare”, där kvinnor bedömer detta som mycket viktigare än män och att det är implementerat i mycket lägre grad än män. Samma mönster ser vi för påståendet ”mångfald (dvs ålder, kön, bakgrund etc.) bland kliniska forskare främjas på alla nivåer i vårdorganisationen”, där kvinnor också här bedömer det som mycket viktigare än män och att det är implementerat i lägre grad än vad män anser.

Skillnaderna i synen på jämsällldhet mellan kvinnor och män kan ses som ett problem i sig, där det kan finnas strukturella och kulturella hinder som motverkar kvinnors möjligheter att avancera i sina akademiska karriärer. Frågan om varför kvinnor fortsatt är underrepresenterade bland professorer kan behöva utredas särskilt.

Summary

During spring 2022, a survey was carried out as part of the ALF evaluation of the preconditions for clinical research.⁴ A large sample of clinical researchers and doctoral students took part in the survey. The method and response frequency ensure that the survey provides a representative picture of all clinical researchers and doctoral students in the ALF regions. In this report, we have compiled data at national level, and supplemented these with focus group interviews to deepen the analysis.

Around 80 per cent of clinical research in Sweden is carried out in the ALF regions⁵, so the report must be considered as providing a good picture of the situation for clinical researchers in Sweden, even if those who carry out research outside the ALF regions are not included in the sample.⁶

Clinical research is necessary for developing and improving healthcare in Sweden; a fact that the ALF evaluation 2023 also establishes. Our empirical findings show that the research culture is weak in health and medical care, and that clinical research is not valued in the organisations. There is a lack of clear incentives to train and work as a clinical researcher.

The healthcare organisations need to become better at prioritising and valuing clinical research and the commitment that drives clinical researchers. Clinical research competence is also needed at all levels of the organisations, to make it possible to influence structures that are necessary for carrying out clinical research of high quality. In particular, health and medical care managements need to become better at promoting and supporting clinical research in everyday clinical work. It is also important to promote research collaboration outside the own organisation, at both national and international level, to continuously develop and improve the best possible care for patients.

One of the most important preconditions for being able to carry out clinical research is to have time set aside to do research in parallel with clinical practice. Almost 30 per cent of the clinical researchers in the ALF regions do not have any contractual time for research at all. Our analysis also shows that it is primarily junior researchers who do not have any contractual time for research. In this context, it is worth pointing out that professors do have time for research included in their contracts. On the other hand, associate professors and persons with doctoral degrees can, to varying degrees, have informal agreements to spend part of their working hours on clinical research. The fact that research

⁴ [Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet 2023 års utvärderingsrapport, Vetenskapsrådet 2023](#)

⁵ <https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/bibliometrisk-statistik-for-publikationer-inom-klinisk-forskning.html>

⁶ The ALF regions are listed in Appendix 2, which describes the survey methods.

time is not formally stated for a clinical position therefore appears to disadvantage junior researchers.

In the discussions with the focus groups, it emerged that it is easier to be allowed research time if you have been awarded ALF funding or external research funding, in particular for doctoral students and persons with doctoral degrees. However, our data show that ALF funding in open calls is more often awarded to professors, who already have research time as part of their employment, and therefore find it easier to apply for external funding than more junior researchers and doctoral students.

The ALF regions could perhaps review how calls for ALF funding are designed, so that they are targeted at groups other than professors. In particular, researchers who have recently been awarded doctorates would need access to ALF funding to establish themselves as researchers, but this also applies to other researchers who are not professors but at different stages of their research careers.

When we asked the doctoral students if they had regular sessions with their supervisors, the majority stated that they did. At the same time, around 30 per cent said that they to some extent wanted more time with their supervisors. A majority of both professors and associate professors stated that they supervise doctoral students. On the other hand, almost one in five professors are only second supervisors at present. Here, there may be room to utilise the supervisor competence better.

Another precondition for research that was highlighted as important for increasing the quality of clinical research in the ALF evaluation is researchers' experiences of different clinics and research environments, both in Sweden and internationally. Professors and associate professors have been mobile to a greater extent than the group with doctoral degrees. This indicates that mobility was more important previously, or that mobility comes with age. At the same time, we know too little about how mobility impacts on the scientific quality of the research, which is something that needs to be investigated further.

In the survey, the researchers and doctoral students were asked to assess the preconditions for clinical research. In general, the researchers and doctoral students consider that all the preconditions for research mentioned – that is, access to research infrastructures, time for research, career development, and incentives for clinical research – are important. At the same time, they consider that they are implemented to a considerably lesser degree.

A pattern that emerges clearly is that they do not consider it so important to have support for using national infrastructures, such as ESS, MAX IV and SciLifeLab. This applies in particular to doctoral students. One reason they are less valued could be that the students lack knowledge about the research that can be carried out with the support of the national infrastructures, and also how to get access to them.

When dividing up the analysis by gender, some larger differences emerged, however. This relates to the statement that “gender equality and gender perspectives are raised to ensure that research opportunities are the same for all authorised researchers”, where women consider this to be much more important than men do, and that it is implemented to a much lesser degree than men do. We see the same pattern for the statement “diversity (that is, age, gender, background and so on) among clinical researchers is promoted at all levels of the healthcare organisation”, where women again consider this to be much more important than men do, and that it is implemented to a lesser degree than men do.

The differences in the view of gender equality between women and men can be seen as a problem in itself, where there may be structural and cultural obstacles that counteract women’s opportunities to advance their academic careers. The question of why women continue to be under-represented among professors may need to be investigated particularly.

In their free text answers, the researchers write that they perceive the career path from doctoral student to established clinical researcher to be unclear, not least following the award of a doctoral degree. They consider that, currently, internal drivers are crucial for beginning or maintaining a research career, as the organisational incentives are weak. This picture also emerged from the focus group interviews.

In other words, healthcare principals must safeguard research time, resources, and incentives for clinical research, and ensure the development of a strong research culture.

1 Inledning

Syftet med denna rapport är bidra med kunskap om hur kliniska forskare och forskarstudenter ser på sina förutsättningar att bedriva klinisk forskning i Sverige. Syftet är också att ge underlag till en diskussion om hur förutsättningarna för klinisk forskning i Sverige kan stärkas och vilka strukturer som är nödvändiga för att främja den kliniska forskningens förutsättningar i ett nationellt perspektiv.

Vid genomförandet av ALF-utvärderingen som omfattade den kliniska forskningens förutsättningar, skickade vi ut en enkät till alla kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna.⁷ ALF-regionerna står för ca 80 procent av den kliniska forskningen i Sverige.⁸ Avsikten med enkäten var att få en samlad bild av deras syn på vilka förutsättningar som är viktiga för klinisk forskning och i vilken grad de bedömde att dessa är implementerade i verksamheten. Vi frågade också om forskarnas bakgrund, forskningsområden, hur mycket tid de kunnat lägga på klinisk forskning vid sidan om sin kliniska tjänst samt deras erfarenhet av mobilitet under utbildningen och under deras fortsatta karriär. Enkäten utgjorde ett underlag för panelens bedömningar av respektive ALF-region under utvärderingen. För denna rapport gör vi däremot en analys på nationell nivå. Vi har även kompletterat enkätstudien med fokusgruppsintervjuer, där vi pratat med kliniska forskare och forskarstudenter för att få en fördjupad bild av vilka incitament och hinder de upplever för att kunna forska i den kliniska vardagen.

Vår definition av klinisk forskning följer den som finns i ALF-avtalets 7 § och som anger att klinisk forskning är:

”sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa”.

Med kliniska forskare avser vi forskare som bedriver klinisk forskning enligt denna definition.

De förutsättningar för klinisk forskning som vi utgår ifrån är formulerade av den nationella styrgruppen för ALF, som utgångspunkt för ALF-utvärderingen om förutsättningar för klinisk forskning – ALF-panel 3.⁹

⁷ Som en del av ALF-avtalen ska respektive region och universitet som omfattas av avtalet bilda en gemensam ledningsfunktion. Vi benämner därför de regioner och universitet som ingår i ALF-avtalet som ALF-regioner.

⁸ <https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/bibliometrisk-statistik-for-publikationer-inom-klinisk-forskning.html>

⁹ Sammansättning och uppdrag anges i 15§ ALF-avtalet.

Förutsättningarna är:

- Tillgång till forskningsinfrastrukturer (FI)¹⁰
- Tid till forskning
- Karriärutveckling för kliniska forskare
- Incitament för klinisk forskning

I bilaga 1 finns förutsättningarna beskrivna med mål och avgränsningar för varje förutsättning mot vilka ALF-regionerna utvärderades.

Mot bakgrund av de slutsatser som ALF-utvärderingen¹¹ ledde till, vilka bland annat handlade om problem med att ”forskningstid ofta måste prioriteras bort till förmån för vårdproduktion” och att svenska forskare är ”mindre rörliga, både inom landet och på internationell nivå, än i andra jämförbara länder”, så har vi fokuserat några kapitel i den här rapporten på analyser av enkätmaterial i förhållande till dessa problem. Dessa problem diskuterades också under fokusgruppsintervjuerna och redovisas i kapitel 8.

Rapporten beskriver och analyserar primära data som Vetenskapsrådet samlat in. I metodavsnittet (kapitel 2 med fördjupning i bilaga 2) beskriver vi hur data samlats in och bearbetats. Enkätdata samlades in primärt för utvärderingen, medan intervjudata samlades in enbart för denna rapport.

¹⁰ Med FI menar vi strategiskt viktiga och/eller dyra instrument eller anläggningar för klinisk forskning som kräver högt specialiserad utrustning och/eller personal för användning eller underhåll. FI inkluderar också forskningsstödande infrastruktur (t.ex. studieprotokoll, kvalitetskontrollerade mallar och stöddokument, tillståndsansökningar, övervakning, datahantering och statistik).

¹¹ [Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet 2023 års utvärderingsrapport, Vetenskapsrådet 2023](#)

2 Metod

I denna rapport presenteras analyser av kvantitativt material från en enkätundersökning till kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna. Detta material har kompletterats med en sammanställning av fritextsvar i enkäterna samt med fokusgruppsintervjuer. För mer detaljerad information om metoder och tillvägagångssätt, se bilaga 2.

Upplägget av enkätstudien, som bygger på ett stratifierat och randomiserat urval respondenter, ger en representativ bild av de kliniska forskarna och forskarstudenterna i ALF-regionerna, samt vad de anser är viktiga förutsättningar för klinisk forskning. Det innebär att vi kan uttala oss om hela populationen kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna. Situationen för kliniska forskare utanför ALF-systemet ingår inte och vi kan därmed inte uttala oss om deras situation, men ungefär 80 procent av den kliniska forskningen i Sverige genomförs i ALF-regionerna.¹²¹³

Statistiken som redovisas i rapporten är en tvärsnittsstudie. Resultaten ska därmed tolkas med viss försiktighet, då den inte kan visa på trender eller utveckling.

Enkätundersökningen till kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna genomfördes i två steg. I det första steget gjordes en kartläggning för att fastställa populationen inför den följande huvudundersökningen. Kartläggningen gjordes med en enkät som skickades till samtliga kliniska forskare och kliniska forskarstudenter i ALF-regionerna, baserat på respondentlistor inskickade av ALF-regionerna. Dessa respondentlistor sammanställdes av respektive ALF-region och baserades på registeruppgifter och andra tillgängliga källor. Respondentlistorna var uppdelade på kliniska forskare och forskarstudenter för varje ALF-region. De två respondentgrupperna fick separata frågeformulär, eftersom det i vissa delar varierade när det gällde vilka frågor som var relevanta att ställa. Tabell 1 visar svarsfrekvensen på nationell nivå för forskarenkäten och enkäten till forskarstudenterna.

¹² Vilka ALF-regionerna är finns beskrivet i kapitel 2 som beskriver metoderna för undersökningarna.

¹³ <https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/bibliometrisk-statistik-for-publikationer-inom-klinisk-forskning.html>

Tabell 1: Svansfrekvens på nationell nivå för (kartläggnings)undersökningen och urvalet av respondenter för den andra (huvud)undersökningen baserat på ett stratifierat och randomiserat urval.

Respondenter	Respondentlistor från ALF-regioner (antal)	Kartläggning: svansfrekvens (antal / %)	Urval till huvudenkät (antal)	Huvudenkät: svansfrekvens (antal / %)
Forskare	5706	3708 / 65	2293	1715 / 75
Forskarstudenter	3783	2074 / 55	1029	686 / 67
Total	9489	5782 / 61	3322	2401 / 72

I enkäten ingick några öppna frågor, fritextfrågor, som vi har sammanställt. Totalt fick vi 3604 fritextkommentarer. Materialet är således mycket omfattande. Därför har vi genomfört sammanställningen av dessa kommentarer med visst stöd av AI-tjänsten Chat GPT, som gjort en första sammanfattning av fritextsvaren.

Som ett komplement till det kvantitativa materialet och fritextsvaren från enkäterna, genomförde vi även fokusgruppsintervjuer med fördjupning inom några områden. Syftet med fokusgrupperna var att få svar på frågor som kan bidra till en ökad förståelse av hur kliniska forskare upplever sin situation i Sverige.

Det kvalitativa materialet, både fritextsvaren och fokusgruppsintervjuerna, ger en fördjupad bild av den kliniska forskningens förutsättningar, men den bilden kan, till skillnad från enkätdata, inte generaliseras.

3 Kliniska forskare – bakgrundsinformation

I detta kapitel ger vi en bild av bland annat forskarnas och forskarstudenternas bakgrund, forskningsområden och hur mycket tid som de kunnat lägga på klinisk forskning.

Totalt 2401 respondenter (både forskare och forskarstudenter) svarade på enkäten. Andelen svarande per region följer ganska väl tilldelningen av ALF-medel till respektive ALF-region enligt ALF-avtalet, se tabell 2. Andelen tilldelade ALF-medel relaterar till ALF-regionens storlek och därmed till förväntat antal kliniska forskare i respektive ALF-region. Andelen respondenter är något större än andelen tilldelade ALF-medel för vissa regioner och något mindre för några andra, men i huvudsak motsvarar fördelningen av respondenterna på ett ungefär fördelningen av förväntat antal forskare i respektive region.

Tabell 2: Svarsfrekvens samt andel ALF-medel per ALF-region under perioden 2017–2020.

ALF-region	Antal respondenter	Andel respondenter (procent)	Andel ALF-medel (procent)
Skåne	367	15,3	18
Stockholm	559	23,3	27
Uppsala	424	17,7	11
Västerbotten	241	10	11
Västra Götaland	416	17,3	21
Östergötland	222	9,2	8
Örebro	172	7,2	3
Total	2401	100	100

Av de totalt 2401 respondenterna är 1715 (71,4 procent) forskare och 686 (28,6 procent) forskarstudenter. 95 procent av forskarna har angett att de ingår i ett pågående forskningsprojekt. Motsvarande andel för forskarstudenter är nästan densamma: 94,7 procent.

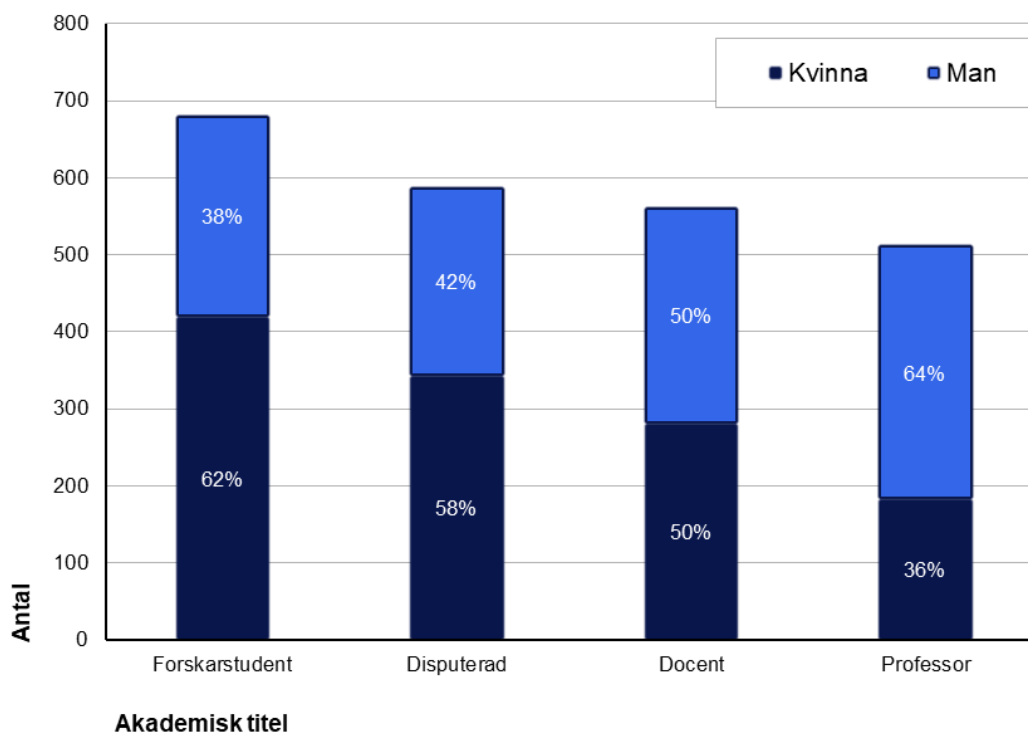
Bakgrundsvariabler: kön, akademisk titel och profession

Det är 52 procent av respondenterna har uppgett att de är kvinnor och 47,2 procent att de är män. Frågan om könstillhörighet inkluderade svarsalternativet ”vill inte uppge” och det var 19 personer (0,7 procent) som valde det alternativet. Eftersom det är så få, så finns inte denna kategori med vid jämförelser mellan könen, men i övriga jämförelser inkluderas dessa 19 personer.

I Figur 1 visas könsfördelningen för respektive akademisk nivå. I enkäten tillfrågades forskarna om vilken akademisk titel de har. Svarsalternativen var: disputerad, docent, professor eller ”ej tillämplig”. Endast några få svarade ”ej tillämplig” varför enbart de som angett en akademisk titel visas i figuren. Staplarna för varje svarsalternativ visar den procentuella fördelningen mellan de olika respondentkategorierna och varje stapel summerar således till 100 procent.

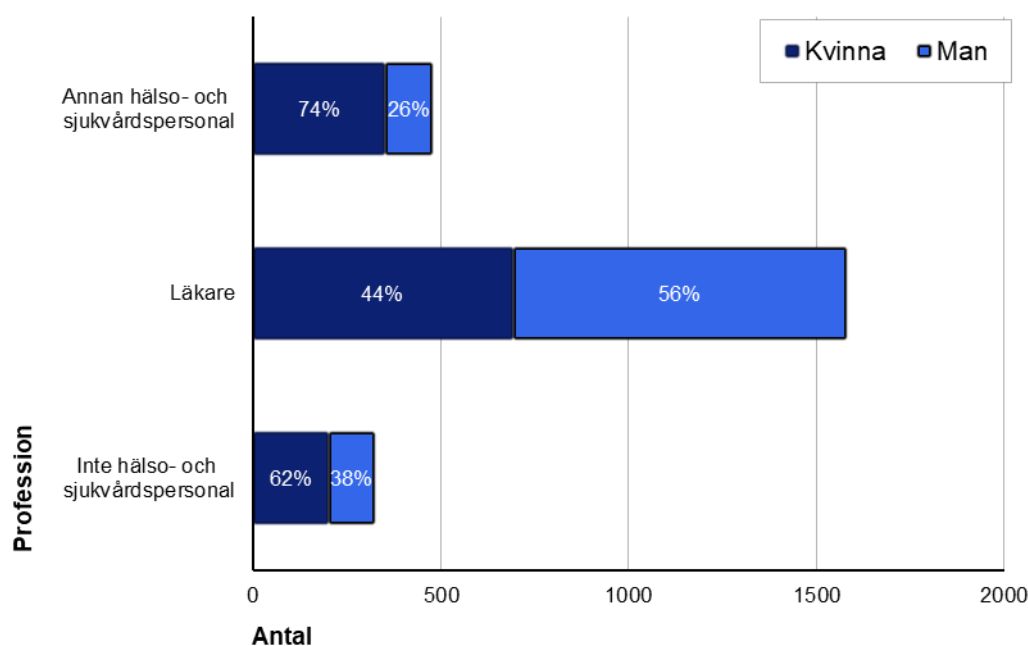
Könsfördelningen varierar något med (respektive) akademisk titel. Docent är kategorin med mest jämställd könsfördelning: 50/50 procent kvinnor och män. I kategorin forskarstudenter är det betydligt fler kvinnor (62%) än män (38%), till skillnad från kategorin professorer, där det endast är 36 procent kvinnor och 64 procent män.

Figur 1: Forskare och forskarstudenter uppdelade på akademisk titel och kön (n=2343). (Totalt 57 personer som avstått från att ange kön eller som inte uppgett någon akademisk titel, har tagits bort från underlaget.)



I figur 2 nedan visas fördelningen på hälso- och sjukvårdsprofession. Läkare är det vanligaste yrket bland respondenterna, och av läkarna är något fler män (56 procent) än kvinnor (44 procent). Fler kvinnor (74 procent) har svarat att de är verksamma som ”annan hälso- och sjukvårdspersonal” i jämförelse med männen (26 procent).¹⁴ Det är också fler kvinnor (62 procent) än män (38 procent) som uppgett ”inte hälso- och sjukvårdspersonal”. Således är könsfördelningen jämnast inom den största kategorin, ”läkare”, i vår enkätstudie.

Figur 2: Profession uppdelat på kön. (n=2382)

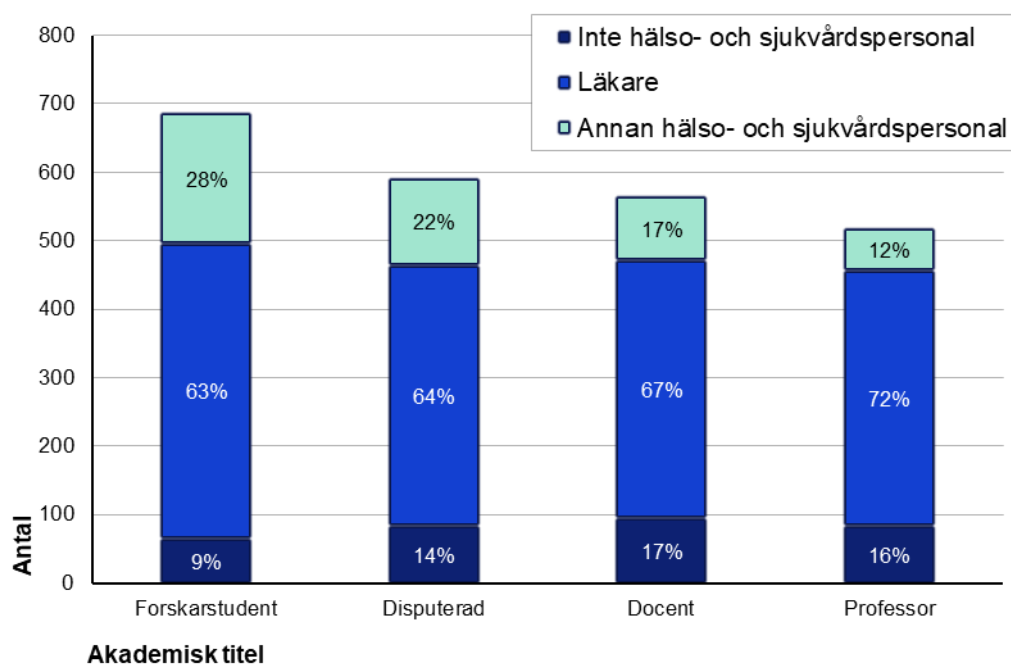


I Figur 3 visar vi hur de olika akademiska nivåerna fördelar sig på hälso- och sjukvårdsprofession. För varje akademisk nivå har mellan 62 och 72 procent angett att de är läkare, och det är i stigande grad: 62 procent forskarstudenter, 64 procent disputerade, 67 procent docenter och 72 procent professorer.

I kategorin ”annan hälso- och sjukvårdspersonal” har fler rapporterat att de är forskarstudenter (28 procent) i jämförelse med de övriga akademiska titlarna, framförallt i jämförelse med professorer, där endast 12 procent angett ”annan hälso- och sjukvårdspersonal”.

Färre har angett ”inte hälso- och sjukvårdspersonal” bland forskarstudenter (9 procent) än bland disputerade (14 procent), och det skiljer sig också mot docenter (17 procent) och professorer (16 procent).

¹⁴ Kategorin ”annan hälso- och sjukvårdspersonal” består av följande professioner: barnmorska, specialist-sjuksköterska, radiolog, psykolog, psykoterapeut, tandläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, naprapat, kiropraktor, farmakolog, dietist, audiolog, optiker, talpedagog, biomedicinsk analytiker, receptarie, ortopedingenjör, medicinsk fysiker.

Figur 3: Profession uppdelat på akademisk titel (n=2362)

Organisation och arbetsgivare

Forskarna och forskarstudenterna fick frågan om vilken arbetsgivare de är anställda av. Det var en flervalssfråga och de kunde välja mellan regionen, universitetet, kommunen, privat och annat. I tabell 3 visas de vanligaste arbetsgivarna. Endast några få procent angav något annat än regionen och universitetet, vilket var förväntat då respondentlistorna skickades in av regionerna och universitetet.

Tabell 3: Arbetsgivare för kliniska forskare och forskarstudenter. Eftersom det var möjligt att fylla i fler svarsalternativ så summerar inte tabellen till 100. (n=2382)

Kön	Regionen (%)	Universitetet (%)
Kvinnor	79	30
Män	80	40

En konklusion av tabell 3 är att fler män än kvinnor har kombinerade anställningar, det vill säga, är anställd av mer än en arbetsgivare, i detta fall regionen och universitetet. Cirka 80 procent av både kvinnor och män är anställda av regionen, medan 40 procent män och 30 procent kvinnor har angett universitetet som arbetsgivare. Summan av procentandelarna för anställda i båda organisationerna överstiger 100 procent, för män med tjugo procentenheter och för kvinnor med tio procentenheter. En rimlig tolkning är att de överlappande

procentandelarna rör anställda som har kombinerade anställningar hos båda organisationerna.

Vid analys av samma fråga, men uppdelat på akademisk titel, är det tydligt att det skiljer sig mellan professorer och övriga akademiska nivåer när det gäller vilka arbetsgivare du uppgett, se tabell 4.

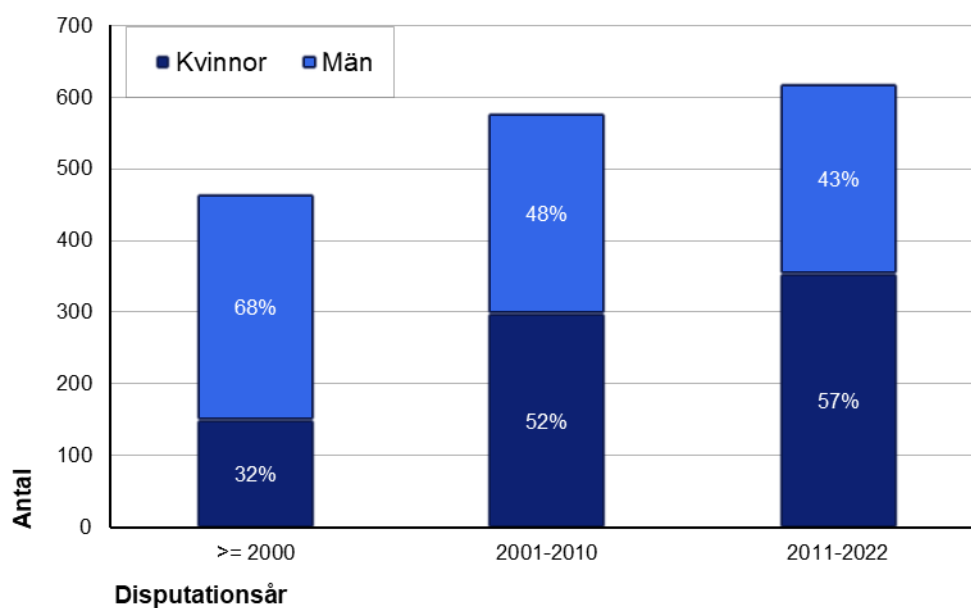
Tabell 4: Arbetsgivare för kliniska forskare och forskarstudenter. Eftersom det var möjligt att fylla i fler svarsalternativ så summerar inte tabellen till 100. (n=2382)

Akademisk titel	Regionen (procent)	Universitetet (procent)
Forskarstudent	83	100
Disputerad	87	23
Docent	80	43
Professor	65	88

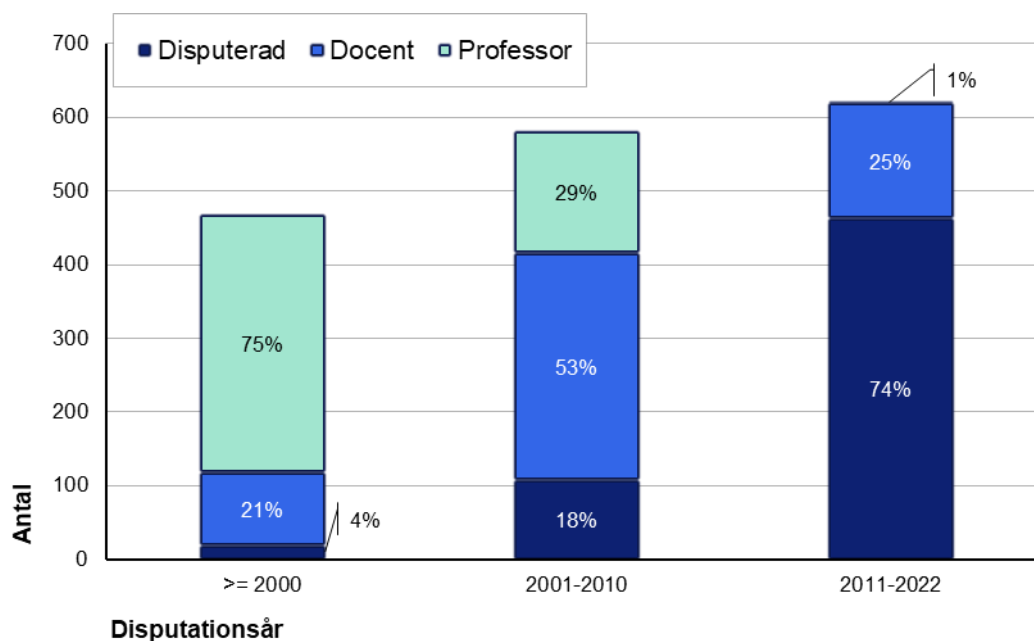
Professorer är i högre grad anställda av universitetet och i lägre grad av regionen (65 procent), än övriga akademiska nivåer där över 80 procent är anställda av regionen och i lägre grad av universitetet. Även här noteras överlappande procentandelar för anställda i båda organisationerna, vilket tolkas som att de har kombinerade anställningar, med 53 procentenheter för professorer, 23 procentenheter för docenter och 10 procentenheter för disputerade. I det här sammanhanget är det rimligt att anta att alla forskarstudenter är inskrivna på universitetet som doktorander och därför är det 100 procent av dem som har en anställning på universitetet.

Forskarnas disputationsår

Forskarna fick frågan om de har en doktorsgrad och när de i så fall disputerade. Det var 97,6 procent av forskarna som uppgav att de har en doktorsgrad och i Figur 4 nedan visas disputationsår uppdelat på kön. Variabeln disputationsår är indelad i tre perioder: de som disputerat under eller före år 2000 (28,0 procent), de som disputerat mellan 2001 och 2010 (34,7 procent) och de som disputerat mellan 2011 och 2022 (37,2 procent). Figuren visar att andelen disputerade kvinnor är fler än männen efter 2001, medan männen är i majoritet bland de som disputerat under eller före år 2000.

Figur 4: Disputationsår uppdelat på kön (n=1660)

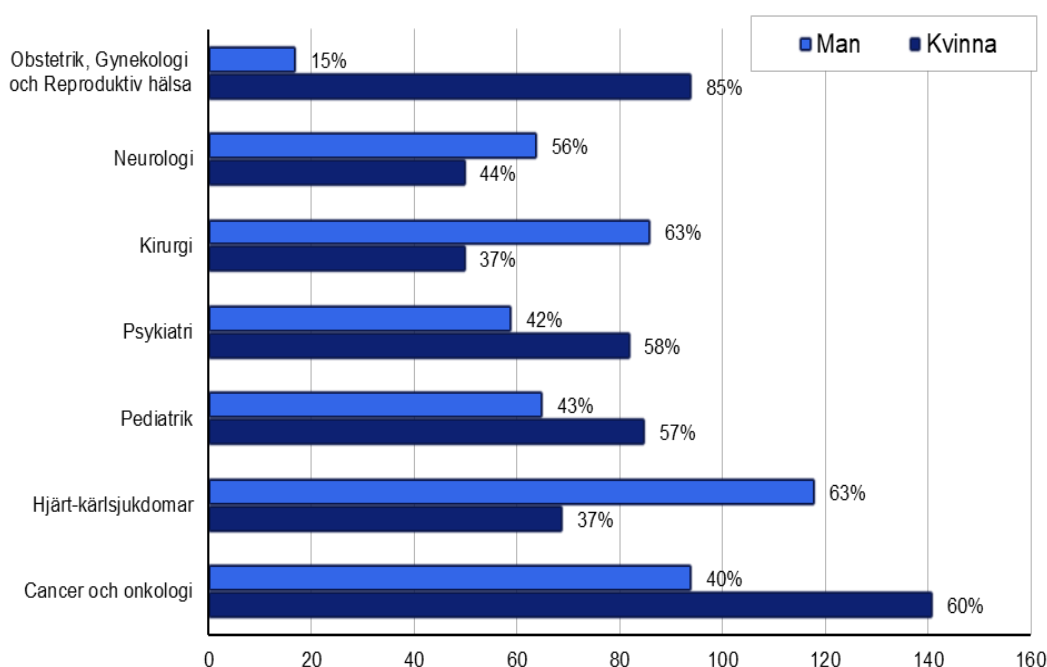
I Figur 5 nedan visas fördelningen av forskare uppdelat på akademisk titel och inom vilka perioder som de disputerat. En stor majoritet av professorerna (75 procent) disputerade under och före år 2000, i likhet med 21 procent av docenterna och 4 procent av de disputerade. Av de som disputerat under 2001–2010 är flest docenter (53 procent), 29 procent är professorer och 18 procent är disputerade. Av de som disputerat mellan perioden 2011–2022 tillhör 74 procent gruppen disputerade, medan 25 procent är docenter och endast 1 procent är professorer.

Figur 5: Disputationsår uppdelat på akademisk titel (n=1671)

Forskningsämnesområden

I enkäten fick forskarna och forskarstudenterna ange vilket huvudsakligt ämne de forskar inom. Enkätfrågorna i bilaga 4 innehåller en lista med uppemot 30 forskningsområden. I Figur 6 nedan kan vi se de sju vanligaste forskningsområdena, uppdelade på män och kvinnor. Det vanligaste forskningsområdet är cancer och onkologi, där fler kvinnor (60 procent) än män (40 procent) forskar. Den största skillnaden avseende hur män och kvinnor forskar ser vi för forskningsområdet obstetrik, gynekologi och reproduktiv hälsa, där det är markant fler kvinnor (85 procent) än män (15 procent) som forskar.

Figur 6: De sju vanligaste forskningsämnena uppdelat på kön (n=1074)
Procent anger könsfördelning per forskningsämne, x-axeln anger antal forskare som angett visst forskningsämne.



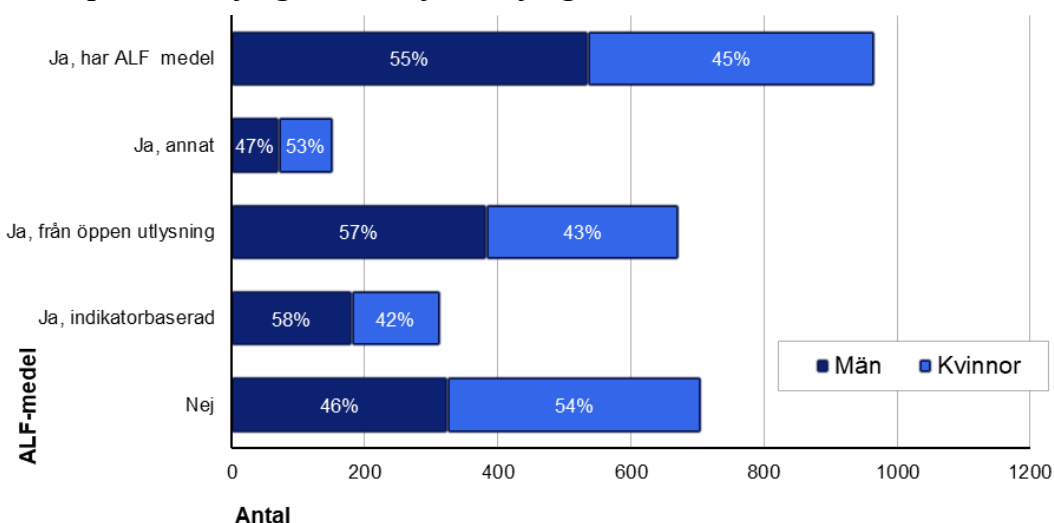
Finansiering av forskningen

Forskarna fick frågor om hur de finansierar sin kliniska forskning. Den första frågan handlade om ifall ”det är möjligt för kliniska forskare att söka ALF-medel i din region”. 94,6 procent av forskarna svarade ja på den frågan medan 3,7 procent svarade att frågan inte var ”tillämplig” och 1,7 procent svarade nej.

Följande fråga ställdes därefter till forskarna: ”Får du för närvarande ALF-finansiering för klinisk forskning?”. Frågan var en flervalsfråga, där det fanns tre möjliga ja-svar: att tilldelningen av ALF-medel var indikatorbaserad, att man hade sökbara ALF-medel via öppen utlysning eller att man fick tillgång till ALF-medel på annat sätt. Det fanns också ett nej-alternativ eller möjlighet att svara att frågan inte var tillämplig. Då det var så få som svarade att frågan inte var tillämplig, 2,2 procent, så har vi uteslutit svaren från figuren.

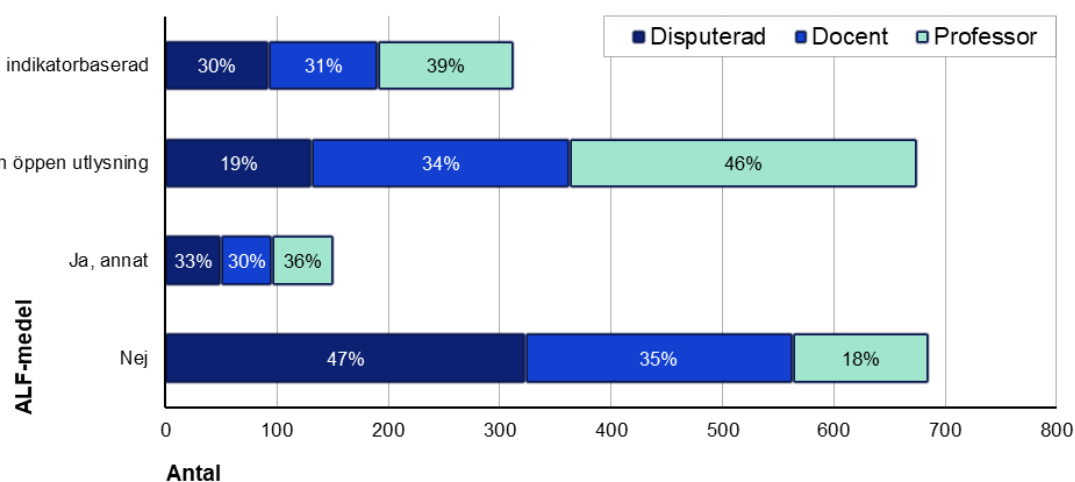
ALF-medel fördelas relativt jämnt mellan könen. Men det finns några skillnader. Störst skillnad syns i fördelningen av ALF-medel via indikatorbaserad tilldelning (42 procent kvinnor, 58 procent män) och via öppen utlysning (43 procent kvinnor, 57 procent män). Mer än hälften av kvinnorna (54 procent) och nästan hälften av männen (46 procent) uppger att de inte fått ALF-medel alls. I Figur 7 nedan visas hur ALF-medel fördelas mellan könen för de olika svarskategorierna.

Figur 7: ALF-medel uppdelat på kön (n=1881). Antalet summerar till mer än 100 procent då frågan var en flervalsfråga.



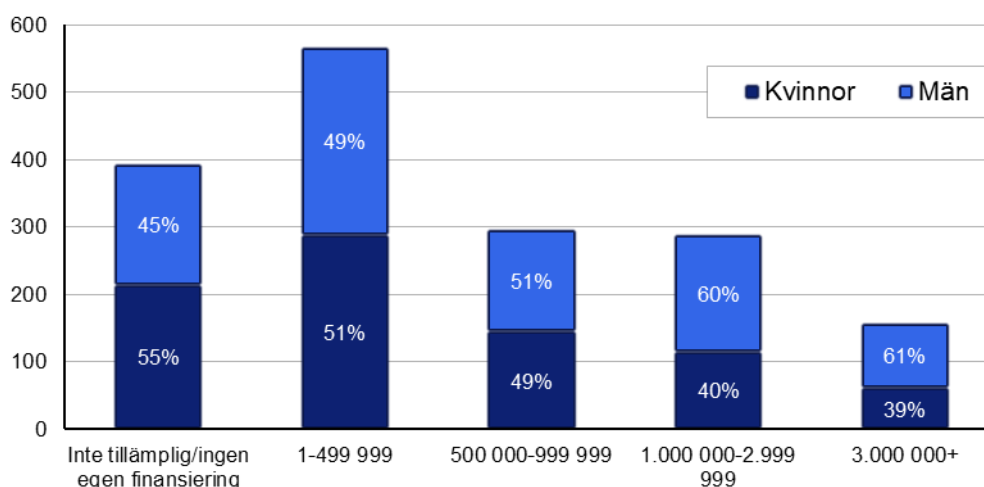
Fördelningen av ALF-medel uppdelad på akademisk titel visas i Figur 8 nedan. Bland de som uppger att de har tillgång till ALF-medel via indikatorbaserad tilldelning utgör professorer den största gruppen (39 procent), följd av docenter (31 procent) och disputerade (30 procent). Även när det gäller fördelning av ALF-medel via öppen utlysning är professorer den största gruppen (46 procent), medan docenter utgör 34 procent och 19 procent utgörs av disputerade. Av dem som inte fått ALF-medel tillhör 47 procent gruppen disputerade, 35 procent är docenter och 18 procent är professorer. Antalet svar summerar till mer än 100 procent, eftersom frågan var en flervalsfråga.

Figur 8: ALF-medel uppdelat på akademisk titel (n=1858)



För att få en bild av hur forskarnas tillgång till egna forskningsmedel ser ut så ställde vi frågan ”Hur mycket medel får du i genomsnitt årligen (inklusive ALF och annan intern och extern finansiering)?”. I Figur 9 framgår att fördelningen mellan könen skiljer något mellan kvinnor och män, framförallt rörande finansieringsspannen över 1 000 000 kronor. Drygt hälften av kvinnorna (55 procent) och nästan hälften av männen (45 procent) hade ingen egen forskningsfinansiering. Förmodligen innebär det att de ingår i forskningsprojekt där någon annan är ansvarig för finansieringen av forskningen. Bland de som har egen forskningsfinansiering inom antingen spannet 1–499 999 SEK eller 500 000–999 999 SEK är det ungefär lika många kvinnor som män (50/50 procent). För högre finansieringsnivåer är det fler män (ca 60 procent) än kvinnor (ca 40 procent) som angett att de har egna forskningsmedel.

Figur 9: Forskarens egen tillgång till forskningsfinansiering (SEK/år) – uppdelat på kön. (n=1701)



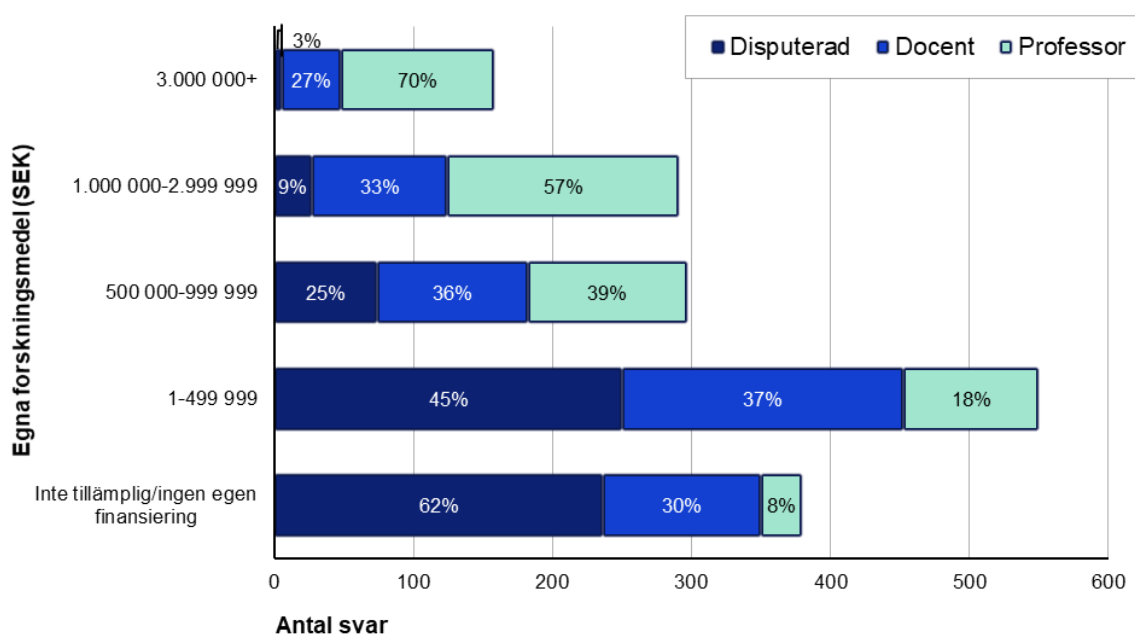
Som framgår i Figur 10 nedan, så skiljer sig tillgången till egna forskningsmedel mycket mer när de visas uppdelat per akademisk titel. Disputerade utgör en

majoritet (62 procent) av de som inte har tillgång till egna forskningsmedel, följt av docenter (30 procent) och professorer (8 procent).

Bland de som har tillgång till egna forskningsmedel inom spannet 1–499 999 SEK finns fler disputerade (45 procent) än docenter (37 procent) och professorer (18 procent). I spannet 500 000–999 000 SEK, finns flest professorer (39 procent), följt av docenter (36 procent) och disputerade (25 procent).

Av de forskare som har över 1 000 000 SEK i egna forskningsmedel är det en klar majoritet som är professorer och endast några få procent som är disputerade. I spannet 1 000,000–2 999 999 SEK är forskningsfinansieringen fördelad på 57 procent professorer, 33 procent docenter och 9 procent disputerade. I gruppen med forskningsfinansiering på över 3 000 000 SEK i egna medel är 70 procent professorer, 27 procent docenter och endast 3 procent disputerade.

Figur 10: Egen tillgång till forskningsfinansiering – uppdelat på akademisk titel. Procenten avser fördelningen för respektive finansieringsnivå (n=1676)



Handledning av forskarstudenter

En viktig del i forskningen och i utbildningen av forskare är tid till handledning av forskarstudenter samt deras tillgång till sina handledare. Följande frågor ställdes till forskarna rörande handledning:

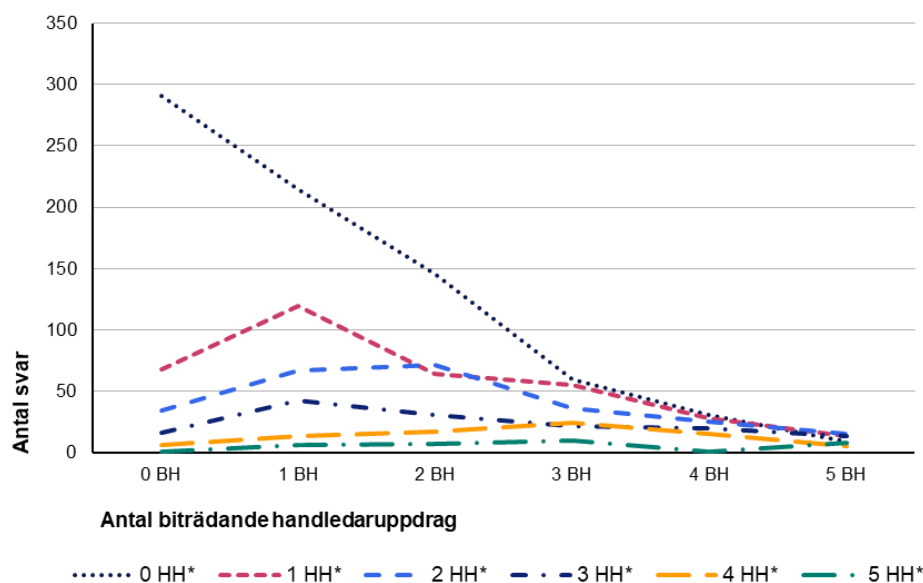
- Hur många kliniska forskarstudenter är du för närvarande huvudhandledare (HH) för? (Figur 11)
- Hur många kliniska forskarstudenter är du för närvarande bihandledare (BH) för? (Figur 11)

- Hur många kliniska forskarstudenter har du varit huvudhandledare (HH) för under hela din karriär? (Figur 12)
- Hur många kliniska forskarstudenter har du varit bihandledare (BH) för under hela din karriär? (Figur 12)

I Figur 11 framgår hur det totala handledningsuppdraget, både som huvudhandledare och biträdande handledare, ser ut per forskare. Figuren visar en fördelning över hur huvudhandledaruppdraget förhåller sig till uppdraget som biträdande handledare för max 5 forskarstudenter per handledarkategori. Med denna avgränsning representeras 94 procent av respondenterna i figur 11.

Som Figur 11 visar var fler forskare biträdande handledare än huvudhandledare vid tidpunkten för enkäten, våren 2022. Det verkar vara vanligare med fler biträdande handledaruppdrag än huvudhandledaruppdrag. Överlag är spridningen stor när det gäller hur mycket handledning forskarna ägnar sig åt. Några av de vanligaste kombinationerna nämns här. Av de som rapporterat att de är handledare, så var 215 forskare (13 procent) bihandledare för en forskarstudent och 146 forskare (9 procent) var bihandledare för två forskarstudenter. 110 forskare (7 procent) var huvudhandledare för en forskarstudent och bihandledare för en. Ytterligare 71 forskare (drygt 4 procent) rapporterade att de var huvudhandledare för två forskarstudenter och samtidigt bihandledare för ytterligare två. Däremot var det ovanligt att vara huvudhandledare för tre eller fler forskarstudenter. Cirka 18 procent (291 forskare) rapporterade att de för närvarande inte har något handledaruppdrag, vare sig som biträdande eller huvudhandledare.

Figur 11: Forskarnas nuvarande handledningsuppdrag av forskarstudenter uppdelat på om de är huvudhandledare (HH) och/eller biträdande handledare (HB). (n*=1604. Totalt N=1715)

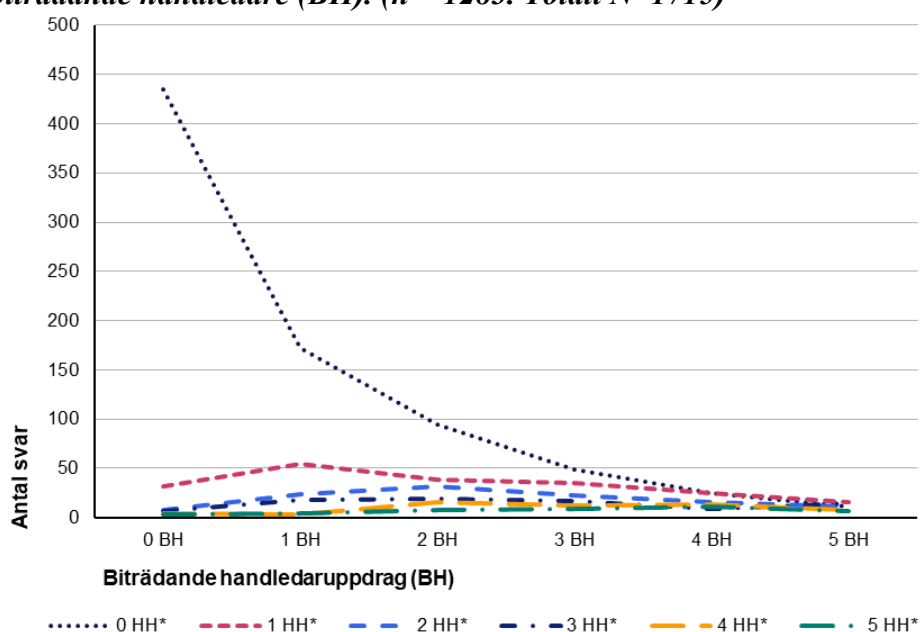


* Antal huvudhandledaruppdrag (HH)

Figur 12 nedan visar hur många handledningsuppdrag som forskarna totalt sett har haft under sin karriär. Figuren visar fördelningen av forskarstudenter per

handledare. Även här har vi dragit gränsen vid att man samtidigt är huvudhandledare för max fem forskarstudenter och biträdande handledare för ytterligare fem forskarstudenter, vilket motsvarar cirka 80 procent av respondenterna. 435 forskare (34 procent) har rapporterat att de inte har några tidigare erfarenheter av att handleda forskarstudenter, vare sig som biträdande handledare eller huvudhandledare. Därefter är det vanligast att man haft bihandledaruppdrag (172 forskare, cirka 13 procent), medan 95 forskare (7 procent) har varit biträdande handledare för två forskarstudenter, och 54 forskare (4 procent) har rapporterat att de varit huvudhandledare för en och bihandledare för en forskarstudent.

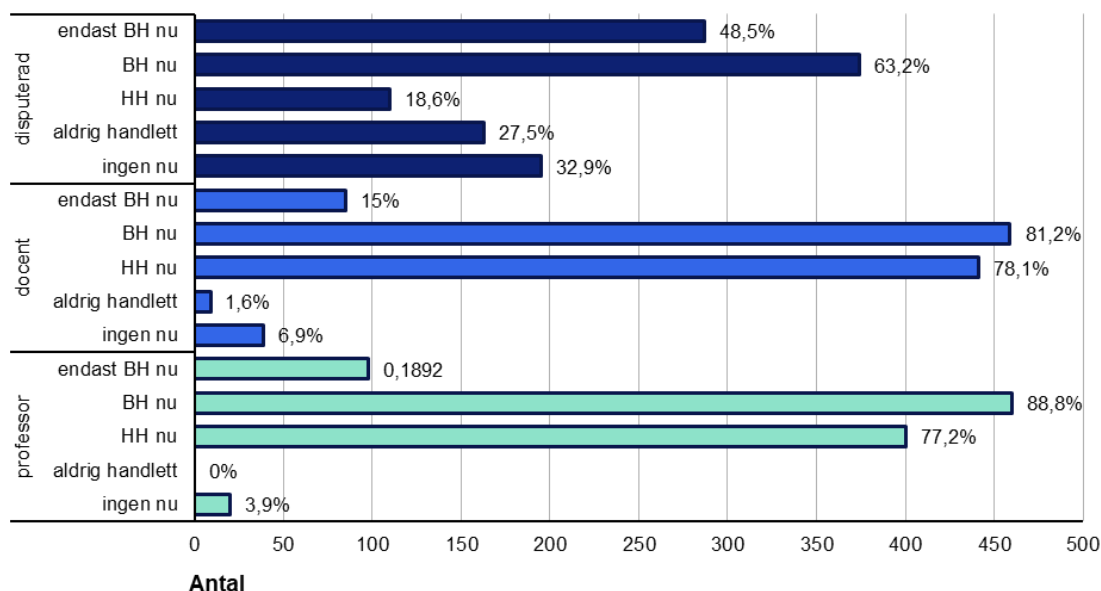
Figur 12: Forskarnas tidigare handledningsuppdrag av forskarstudenter uppdelat på om de är huvudhandledare (HH) och/eller biträdande handledare (BH). (n*=1283. Totalt N=1715)



* Antal huvudhandledaruppdrag (HH)

Figur 13 nedan visar nuvarande och tidigare handledningsuppdrag per akademisk titel. Mönstret är i stora drag det förväntade. Bland både professorer och docenter är det en relativt liten andel som inte handleder någon alls för närvarande. Nästan var femte professor är endast bihandledare för närvarande. Här finns eventuellt utrymme att utnyttja handledarkompetensen bättre. Staplarna per akademisk titel summerar till mer än 100 procent eftersom det finns överlapp mellan vissa av kategorierna.

Figur 13: Nuvarande och tidigare handledningsuppdrag per akademisk titel och fördelat på om de är eller har varit handledare eller inte¹⁵. Antal på x-axeln och andel (procent) inom respektive akademisk titel. (n=1675)



Vi har även undersökt hur forskarstudenterna ser på sin handledning. Vi frågade både hur deras tillgång till handledare ser ut och om de tycker att de har tillgång till handledning i tillräcklig utsträckning. Som vi ser i Tabell 5 har nästan alla forskarstudenterna regelbunden eller någorlunda regelbunden tillgång till sin handledare. Endast 2 procent anger att handledningen sker ad hoc.

Tabell 5: Forskarstudenters tillgång till sin handledare under doktorandutbildningen. (n=686)

Svarsalternativ	Antal	Procent
Ja, regelbundet	511	74,5
Ja, någorlunda regelbundet	160	23,3
Nej, tillgången är ad hoc	13	1,9
Ej tillämpligt	2	0,3
Totalt	686	100

¹⁵ Kategorierna i tabellen förklaras som: "ingen nu" är varken bi- eller huvudhandledare nu; "aldrig handlett" har aldrig varit och är inte nu vare sig bi- eller huvudhandledare; "HH nu" är för närvarande huvudhandledare; "BH nu" är för närvarande bihandledare; samt "endast BH nu" är för närvarande bihandledare men inte huvudhandledare.

Tabell 6 visar om forskarstudenterna anser att de behöver mer tid till sin handledare. Även om nästan två tredjedelar av forskarstudenterna är helt nöjda med den tid som de har med sin handledare, så svarar över en tredjedel att de till viss del eller i hög grad behöver mer tid med sin handledare. Sammantaget framträder bilden av att det finns en efterfrågan från forskarstudenterna om att få mer handledningstid.

Tabell 6: Forskarstudenters bedömning av om de behöver mer handledning än vad de har tillgång till. (n=686)

Svarsalternativ	Antal	Procent
Ja, i hög grad	31	4,5
Ja, till viss del	211	30,8
Nej, jag har tillräcklig tillgång	439	64,0
Ej tillämplig	5	0,7
Totalt	686	100

Klinisk forskning under pandemin

En fråga till forskarna handlade om hur pandemin påverkade deras möjlighet att bedriva klinisk forskning. I Tabell 7 nedan framgår att majoriteten av forskarna, 53,6 procent, forskade mindre än planerat och att 3 procent inte forskade alls. Samtidigt framgår det också att 34,2 procent kunde forska enligt plan och att ca 5,2 procent forskade mer än planerat under pandemin.

Tabell 7: Hur pandemin påverkat forskarnas möjlighet att forska (n=1715)

Svarsalternativ	Antal	Procent
Enligt plan	586	34,2
Mer än planerat	90	5,2
Mindre än planerat	919	53,6
Ingen tid till forskning alls	52	3,0
Ej tillämplig	68	4,0
Totalt	1715	100

Nästan samma fråga ställdes också till forskarstudenterna: hur pandemin påverkat deras doktorandstudier (se Tabell 8). Drygt en tredjedel svarade att de kunnat ägna mindre tid än planerat till doktorandstudier. De flesta, 56,1 procent, kunde ändå forska enligt plan och 4,5 procent svarade att de kunde ägna sig mer åt sina doktorandstudier under pandemin än tidigare.

Tabell 8: Hur forskarstudenternas tid till doktorandstudier påverkats under pandemin (n=686)

Svarsalternativ	Antal	Procent
Enligt plan	385	56,1
Mer än planerat	31	4,5
Mindre än planerat	234	34,1
Inte alls	12	1,7
Ej tillämplig	24	3,5
Totalt	686	100

Den huvudsakliga bilden är att pandemin påverkade många forskares möjligheter att forska i förhållande till ett normalår, medan forskarstudenter påverkades i något mindre utsträckning.

Sammanfattning bakgrund

Sammanfattningsvis visar vår undersökning:

- Kvinnorna är fler än männen bland yngre forskare och bland forskarstudenter.
- Männen är fler än kvinnorna bland professorer.
- Betydligt fler kvinnor än män arbetar som ”annan hälso- och sjukvårdspersonal”.
- Det finns fler forskarstudenter procentuellt sett i kategorin ”annan hälso-och sjukvårdspersonal” än inom de andra kategorierna.
- Få män forskar inom ämnet ”obstetrik, gynekologi och reproduktiv hälsa”.
- ALF-medel går i något högre grad till män.
- Fler professorer än docenter och disputerade får ALF-medel genom en öppen utlysning av forskningsmedel.
- Kvinnor har lägre egen finansieringsgrad än män, vilket sammanfaller med att de i större utsträckning är juniora forskare.
- Professorer har i högre grad egen finansiering än docenter, som i sin tur har mer egen finansiering än de som enbart är disputerade.

- Många forskare har inte någon tidigare erfarenhet av handledning av forskarstudenter. Det är fler av dem som är handledare nu.
- Nästan var femte professor är bara bihandledare för närvarande.
- Cirka 30 procent av forskarstudenterna önskar mer tid med sin handledare.
- Mer än 50 procent av forskarna forskade mindre under pandemin.
- Mer än 30 procent av forskarstudenterna forskade mindre under pandemin, men över 50 procent kunde forska enligt plan.

4 Tid till forskning

En grundläggande förutsättning för klinisk forskning är att det finns tid till forskning i den kliniska vardagen. Det är också en av de förutsättningar som den nationella styrgruppen för ALF valt ska ingå som ett av utvärderingskriterierna vid ALF-utvärderingen av den kliniska forskningens förutsättningar. Tid till forskning kan organiseras på olika sätt. I utvärderingen definierades det på följande sätt:

”I vilken utsträckning ALF-regionen säkerställer att kliniska forskare har tilldelats tillräckligt med tid för att vid sidan av sitt kliniska arbete utföra klinisk forskning av högsta kvalitet och att tilldelad tid kan användas enligt plan.”

De mål som sattes för kriteriet var följande:

- Vårdorganisationen har nödvändiga resurser och personal för att säkerställa att klinisk forskning och klinisk forskarutbildning kan bedrivas vid sidan av det kliniska arbetet.
- ALF-regionen har möjliggjort en akademisk karriär vid sidan av kliniskt arbete i samverkan mellan sjukvården och medicinska fakulteten för att säkerställa tid för forskning, vilket innefattar kombinerade tjänster eller olika typer av gemensamma tjänster där kliniskt arbete kombineras med klinisk forskning.

I enkäten till de kliniska forskarna i ALF-regionerna ingick följande frågor som rör tid till forskning:

- Hur mycket av din tid har kontrakterats för forskning inom din nuvarande anställning (procent av heltidsekvivalenter)?¹⁶
- Hur mycket tid har du totalt avsatt till klinisk forskning på ett genomsnittligt år (procent av heltidsekvivalenter)?¹⁷

I enkätsvaren anges andelen av en heltidsekvivalent (FTE), som lagts på forskning. Nedan visar vi kontrakterad och totalt avsatt tid (faktiskt använd tid) grupperat i fyra kategorier: 1–25 procent, 26–50 procent, 51–75 procent och 76–100 procent av en heltidsekvivalent (FTE). De som angett 0 har en egen

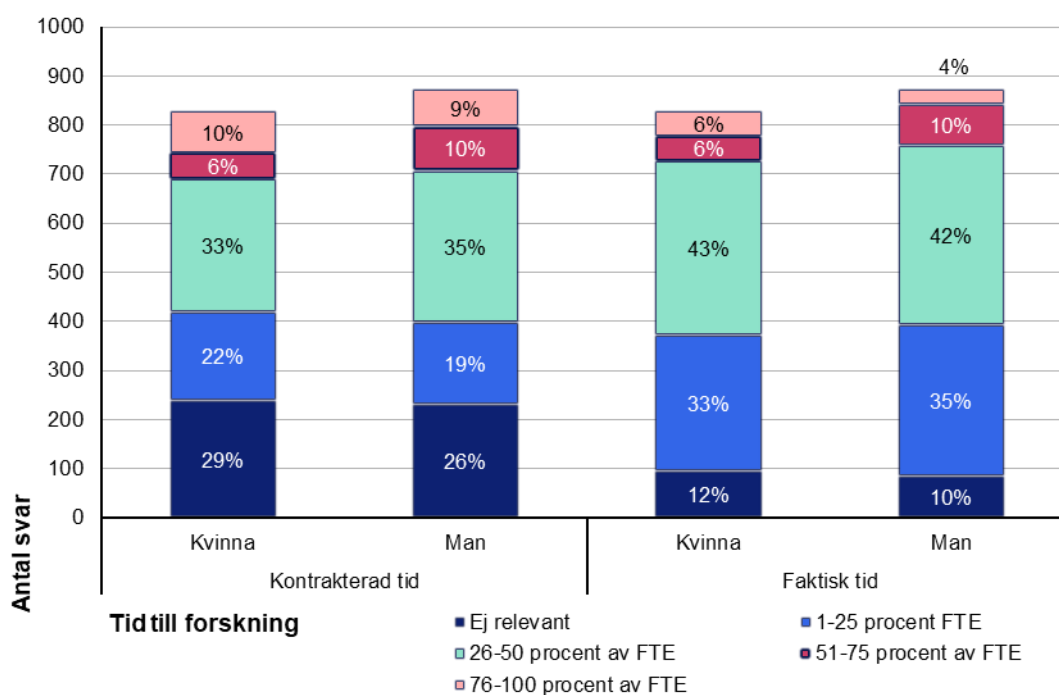
¹⁶ I anslutning till frågan fanns följande förtydligande om vad som avses med kontrakterad tid: Detta inkluderar kombinerade tjänster (förenad anställning) och andra former av gemensamma tjänster (kombinationsanställningar) samt anställning av en arbetsgivare. Vänligen ange procentandelen av heltidsekvivalenten som kontrakterats för forskning. Om ingen eller inte tillämplig, ange 0.

¹⁷ Vi kallar den totala tid som avsatts för klinisk forskning för faktiskt använd tid. Förklarings-texten vid frågan löd: Vänligen ange procentandelen av heltidsekvivalenten som avsatts för forskning. Om ingen eller inte tillämplig, ange 0.

kategori: ”ej relevant”. Det kan vara personer som inte har någon formell tid för forskning i sin anställning eller vars forskningstid förläggs utanför ordinarie arbetstid. Frågorna om kontrakterad och faktisk tid till forskning ställdes endast till forskare, inte till forskarstudenter.

Figur 14 nedan visar hur den kontrakterade och faktiska forskningstiden ser ut uppdelat på kvinnor och män. Könsskillnaderna är relativt små, med undantag för andelen som har 51–75 procent både kontrakterad och faktisk tid till forskning. I den kategorin är andelen män nästan dubbelt så stor som andelen kvinnor. Den faktiska tiden till forskning är cirka 20 procentenheter högre för kategorierna 1–25 procent och 26–50 procent, än för den kontrakterade tiden. I kategorin med högst andel kontrakterad tid, 75–100 procent, är det något färre som har allokerat motsvarande tid fullt ut till forskning.

Figur 14: Andelen forskare fördelat på hur stor del av den kliniska tjänsten som innefattar tid till forskning, samt hur mycket tid som faktiskt allokerats till klinisk forskning. (n=1701)



Figur 15 nedan visar tydligare skillnader mellan de olika akademiska nivåerna när det gäller kontrakterad och faktisk tid till forskning, än uppdelningen mellan kvinnor och män. 44 procent av de disputerade uppger att de inte har någon kontrakterad tid eller att det inte är relevant, att jämföras med 28 procent av docenterna och 6 procent av professorerna. För kategorierna med lägst andel kontrakterad forskningstid (”ej relevant” och 1–25 procent) är skillnaderna stora mellan disputerade (65 procent) och docenter (56 procent) i förhållande till professorerna (19 procent).

När det gäller forskningstiden för de disputerade, är skillnaderna stora mellan kontrakterad tid och faktisk tid. Nästan tre gånger så många har indikerat ”0/ej

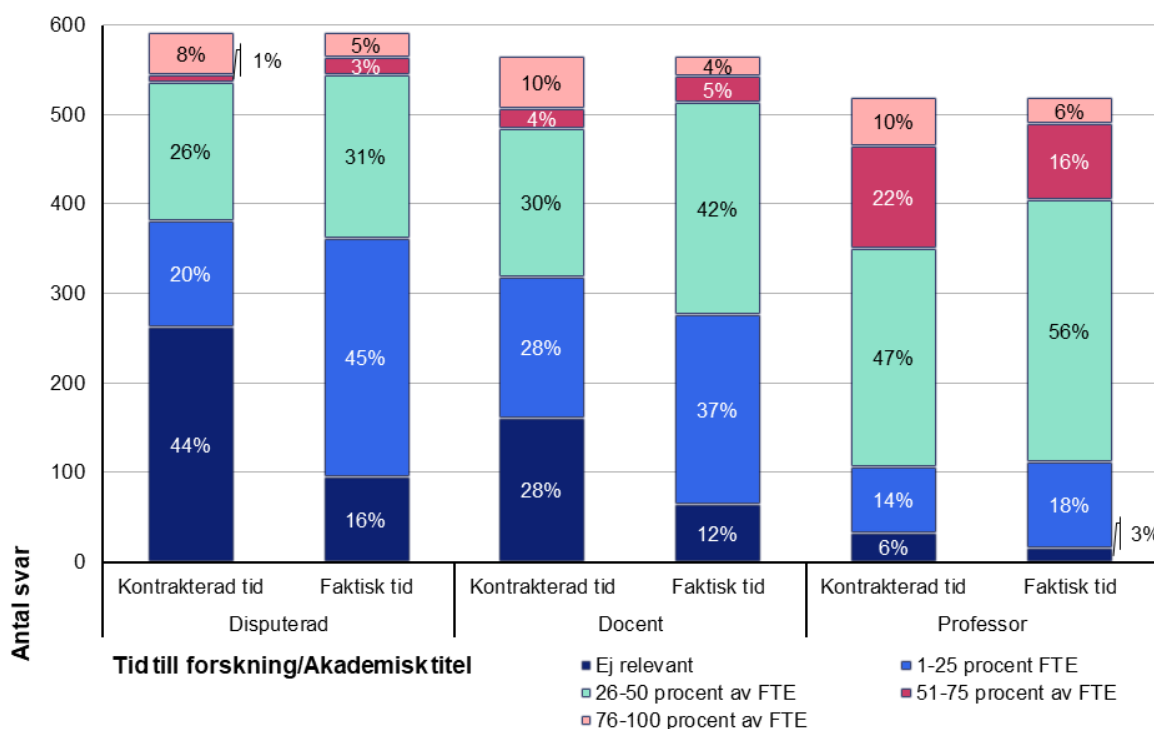
relevant” på kontrakterad tid (44 procent) som på faktisk tid (16 procent). Skillnaderna för kategorin ”1–25 procent” är också stor, med mer än dubbelt så stor andel som angett att de allokerat denna tid (45 procent), som de som angett att de har denna tid kontrakterad (20 procent).

För docenterna skiljer det också mycket mellan kontrakterad och faktisk tid till forskning. Skillnaden är störst för kategorin ”0/ej relevant”. Mer än var fjärde docent (28 procent) har angett att de inte har någon kontrakterad tid till forskning, medan mindre än hälften så stor andel (12 procent) angett att de inte allokerar någon tid till forskning.

Professorerna är de som har mest faktisk tid till forskning, vilket förklaras av att de oftast har forskningstid reglerad i sin anställning. De har också i högre grad kontrakterad tid till forskning. Över 80 procent av professorerna har mer än 26 procent kontrakterad tid till forskning.

För kategorierna 51–75 procent och 76–100 procent finns en negativ skillnad på alla akademiska nivåer. Det innebär att forskarna lägger de mindre tid på forskning än vad som är kontrakterat.

Figur 15: Antalet forskare uppdelat på akademisk titel och hur stor del av den kliniska tjänsten som innefattar tid till forskning, samt hur mycket tid som faktiskt allokerats till klinisk forskning. (n=1700)

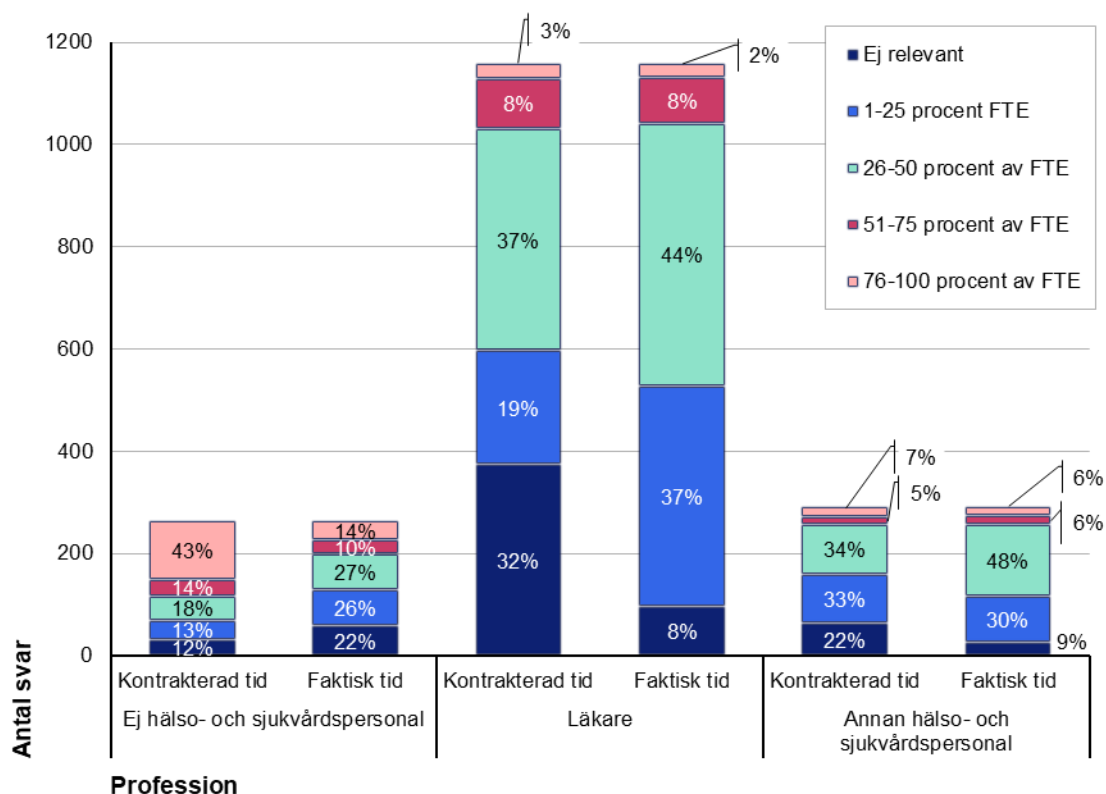


Figur 16 nedan visar hur forskningstiden ser ut uppdelat på profession. Cirka 32 procent av läkarna har rapporterat att de inte har någon kontrakterad tid till forskning (0/ej relevant). Motsvarande siffror för de som tillhör kategorin

”annan hälso-och sjukvårdspersonal” respektive ”ej hälso- och sjukvårdspersonal” är 22 procent respektive 12 procent. Det är emellertid endast 8 procent av läkarna och 9 procent av annan sjukvårdspersonal som svarat ”0/ej relevant” för den faktiska tiden till forskning.

Vi ser däremot att fler från kategorin ”ej hälso- och sjukvårdspersonal” har rapporterat en högre procentandel för faktisk tid än för kontrakterad tid när det gäller kategorin ”0/ej relevant”, vilket är ovanligt. Det innebär att några inte alls har möjlighet att lägga tid på forskning i enlighet med sin kontrakterade tjänst. Det vanligaste är ändå att man lägger mer tid till forskning än vad man har kontrakterat.

Figur 16: Antalet forskare uppdelat på profession och hur stor del av den kliniska tjänsten som innefattar tid till forskning, samt hur mycket tid som faktiskt allokerats till klinisk forskning. (n=1715)



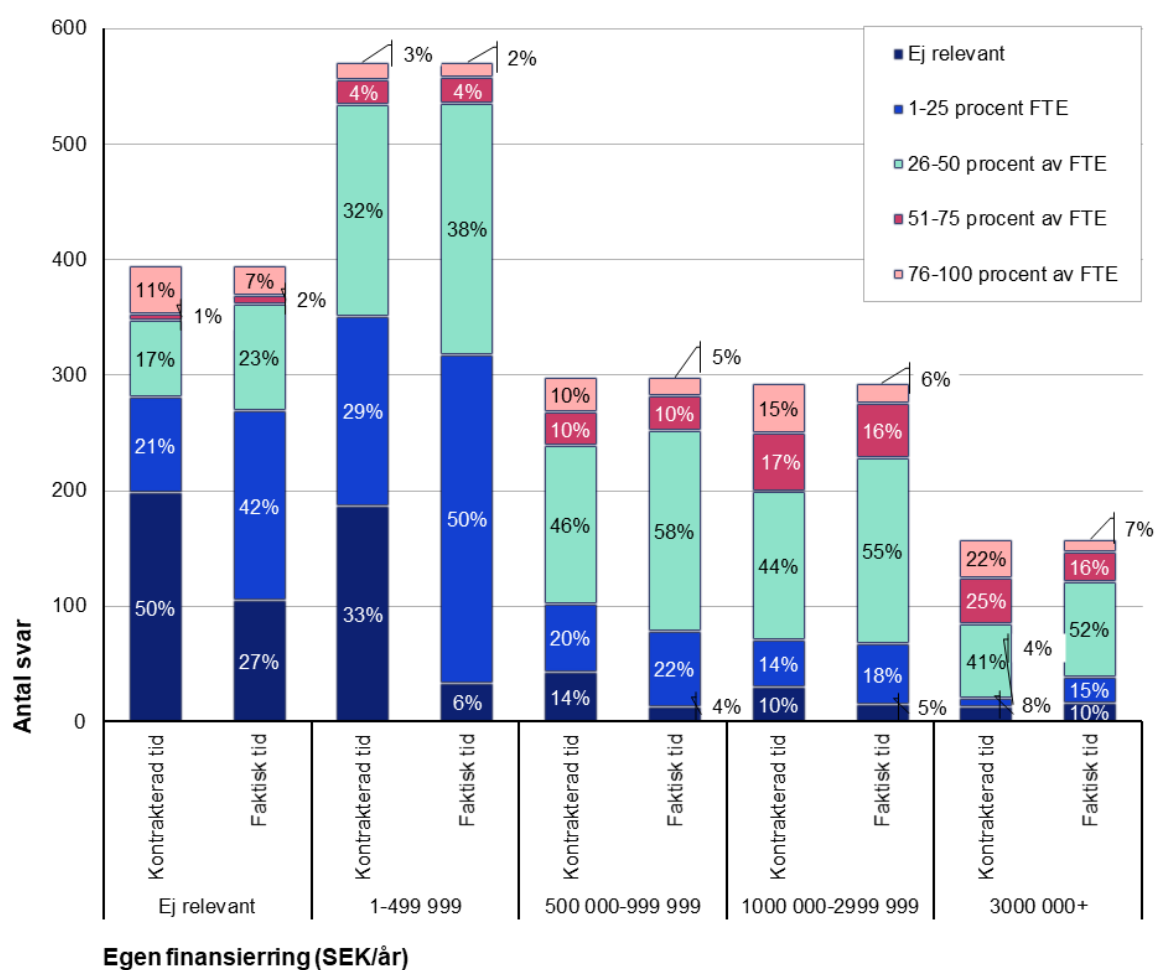
Figur 17 nedan visar hur forskningstiden ser ut uppdelat på forskarnas tillgång till egen finansiering. Av de som svarat att de inte har någon egen forskningsfinansiering, kategori ”0/ej relevant”, är det 50 procent som inte har någon kontrakterad forskningstid. Inom samma finansieringskategori är det trots allt fler som har rapporterat att de allokerar tid till forskning. Sannolikt är det så att de som inte har någon egen forskningsfinansiering är engagerade i forskningsprojekt som är finansierade av någon annan.

För de som angett att de har en finansiering inom spannet 1–499 999, så saknar en tredjedel kontrakterad tid till forskning, men väldigt få har svarat att de inte allokerat någon forskningstid. Hälften av alla forskare som angett

finansieringsnivån 1–499 999 har allokerat motsvarande 1–25 procent av en heltid till forskning. Det är också cirka 38 procent som angett att de allokerar 26–50 procent av en heltid till forskning för den finansieringsnivån.

Vidare framgår det av figuren att vid högre nivåer av egen finansiering, så är det fler som rapporterar att de har större andel kontrakterad forskningstid och ännu större andel faktisk tid till forskning. För kategorin med mest forskningstid, ”76–100” procent, framgår det dock att forskare allokerar mindre tid än vad de har kontrakterat till forskning.

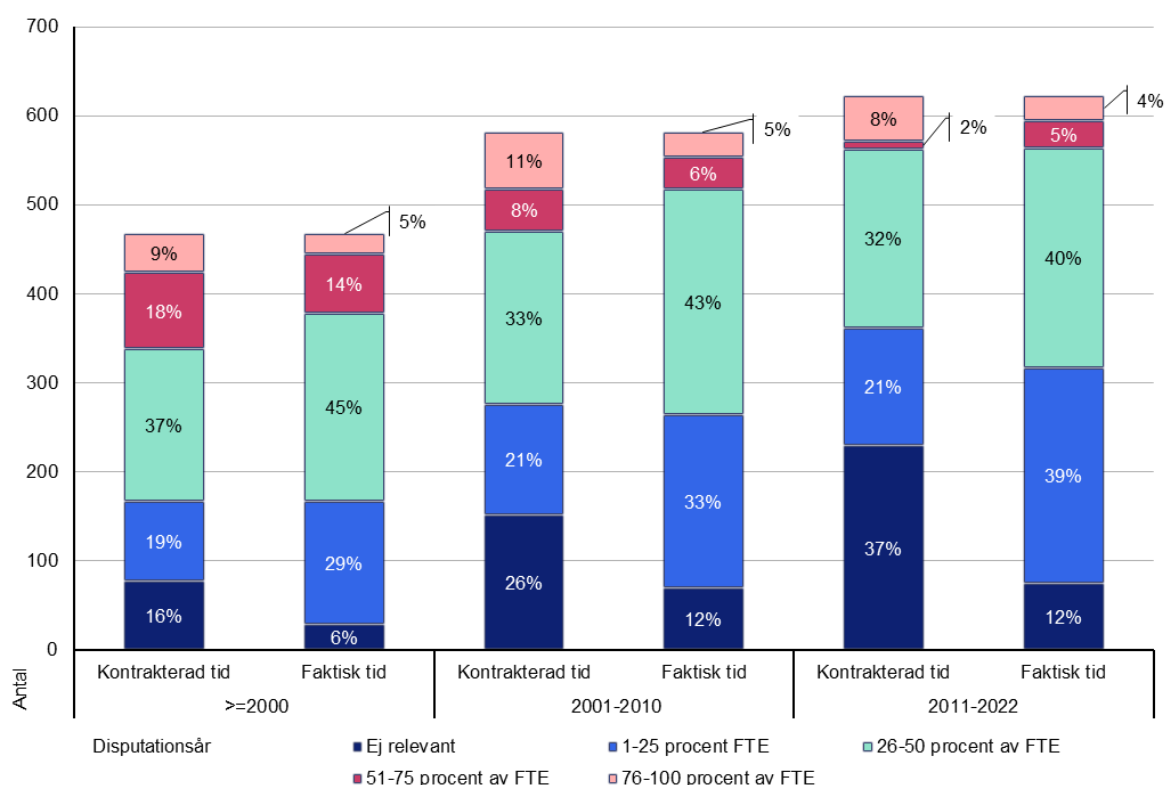
Figur 17: Forskningstid uppdelat på forskarnas egen finansiering – kontrakterad och faktisk tid (SEK/år) (n=1715)



I figur 18 nedan visas fördelningen av forskningstid uppdelat på disputationår, det vill säga det, år som forskaren disputerade. Disputationår är i figuren indelat i tre perioder: före år 2000, mellan 2001 och 2011, och mellan 2012 och 2022. Högre karriärålder, sett till disputationår, innebär typiskt sett en större andel kontrakterad forskningstid än för den som är relativt nydisputerad. Detsamma gäller faktisk tid till forskning. Forskare som disputerade före eller under år 2000 allokerar totalt mer tid till forskning än övriga forskare. Samtidigt framgår det att de som allokerar mest tid i förhållande till sin kontrakterade tid är de som disputerade under perioden 2011–2022. För alla disputationår finns den

största andelen forskare inom spannet 26–50 procent, både när det gäller kontrakterad och faktisk forskningstid. Generellt lägger de flesta mer tid på forskning än vad de kontrakterats för inom detta spann. För de högsta spannen, över 51 procent i forskningstid, är det tvärtom vanligast att faktisk tid till forskning är mindre än kontrakterad tid.

Figur 18: Forskningstid uppdelat på disputationsår – kontrakterad och faktisk tid (n=1672)



Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar statistiken att skillnaderna är stora mellan kontrakterad och faktisk tid till forskning, något som samvarierar med den akademiska titeln. För professorer överensstämmer kontrakterad och faktisk forskningstid ganska väl, vilket förklaras av att de oftast har forskningstid reglerad i sin anställning. Samtidigt verkar det som att det är svårt att hinna med att forska mer än 50 procent av en heltid på alla akademiska nivåer. Den faktiska tiden för forskning är betydligt lägre än den kontrakterade tiden. Det kan antingen handla om att man inte räknar forskningsadministration som forskningstid eller att man har andra åtaganden, som klinisk tjänstgöring eller undervisning.

Mönstret för hur forskningstiden ser ut uppdelat på akademisk titel återkommer när det gäller uppdelningen på disputationsår, där seniora forskare har mer kontrakterad tid än yngre forskare.

5 De kliniska forskarnas rörlighet (mobilitet)

I ALF-utvärderingen för 2022 konstateras att kliniska forskare i Sverige är mindre rörliga (mobila) under sin karriär, både inom landet och på internationell nivå, än kliniska forskare i andra jämförbara länder. I detta kapitel ger vi en fördjupad bild av mobiliteten bland kliniska forskare i Sverige. Inledningsvis jämför vi forskare som har varit mobila med de som inte har varit det. Därefter fördjupar vi oss i de olika delkomponenterna av mobilitet.

Med mobila avses de forskare som bytt lärosäte minst en gång eller haft minst en sabbatsperiod. Mer precist har de forskare som uppfyller minst ett av följande kriterier (delkomponent av mobilitet) varit mobila enligt vår definition:

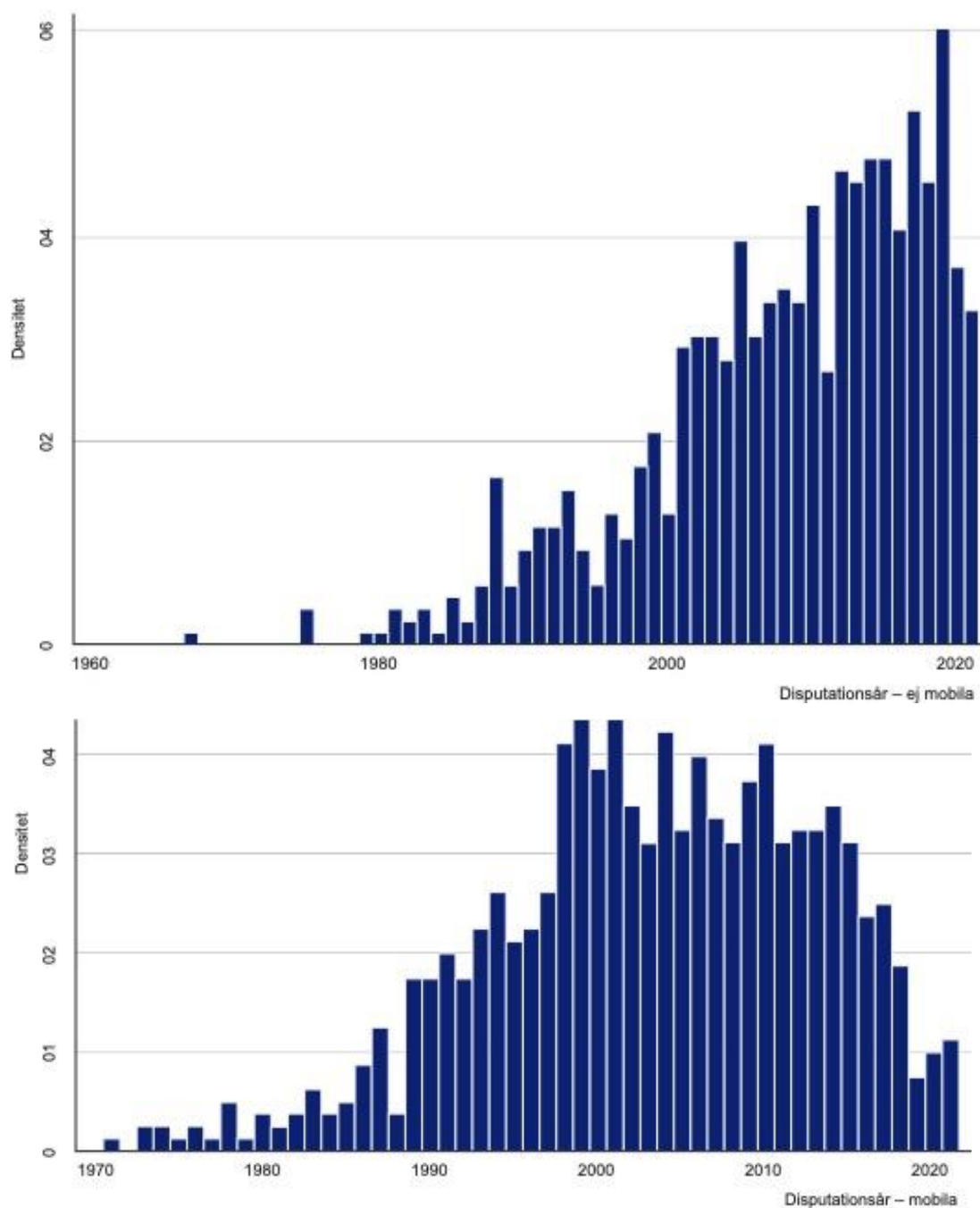
- forskarutbildning åtminstone delvis utomlands eller i annan region inrikes
- postdok åtminstone delvis utomlands eller i annan region inrikes
- minst en sabbatsperiod utomlands under de senaste fyra åren.

Definitionen av mobilitet gäller således i förhållande till nuvarande lärosäte och inkluderar både in- och återflyttade. Datamaterialets begränsningar innebär att vi inte har uppgift om sabbatsperioder längre tillbaka i tiden än fyra år.

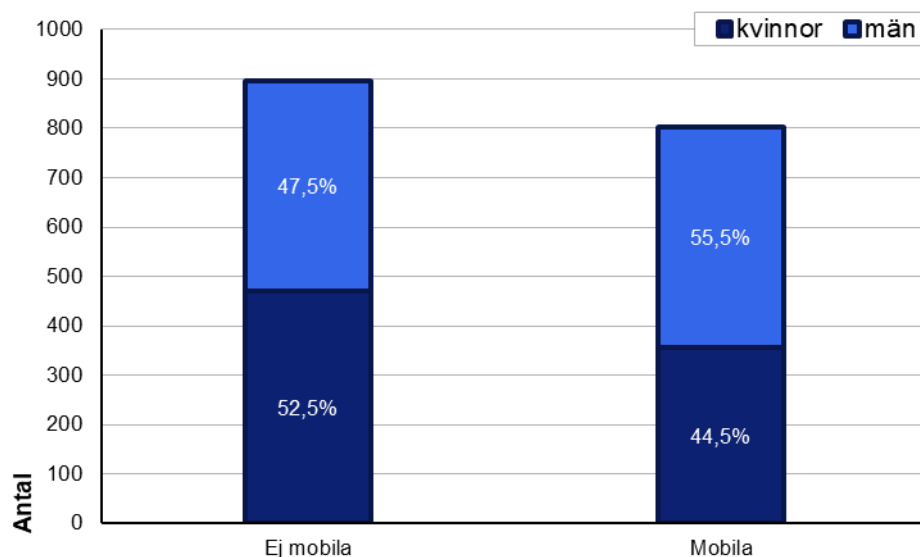
I dessa analyser ingår inte forskarstudenter, eftersom de ännu inte kommit så långt i sin forskarkarriär att frågorna om mobilitet är relevanta. De som valt att svara annat eller inte vill ange könsidentitet är så pass få – endast 14 personer – att skattningarna på dem som grupp är osäkra. De inkluderas därför inte i de könsuppdelade analyserna.

Totalt är det 902 forskare som inte har varit mobila enligt definitionen ovan och 808 som har varit det. Det vill säga, en liten majoritet på knappt 53 procent har inte varit mobil. Grupperna skiljer sig åt i flera avseenden. De som har varit mobila har i huvudsak disputerat tidigare än de som inte har varit mobila. Detta framgår i Figur 19, där vi visar fördelningen över disputationsår för de som inte har varit mobila (vänstra diagrammet i figuren) respektive har varit mobila (högra diagrammet i figuren). Det framgår tydligt att fördelningen skiljer sig, med väsentligen yngre karriäråldrar, dvs senare disputationsår, bland de som inte har varit mobila. Median för disputationsår är 2004 bland de som har varit mobila, medan det är 2010 för de som inte har varit mobila.

Figur 19: Fördelningen över disputationsår för de som inte har, respektive har varit, mobila. $n = 1671$, varav 863 ej mobila; 808 mobila. Disputationsår saknas för totalt 43 av forskarna.

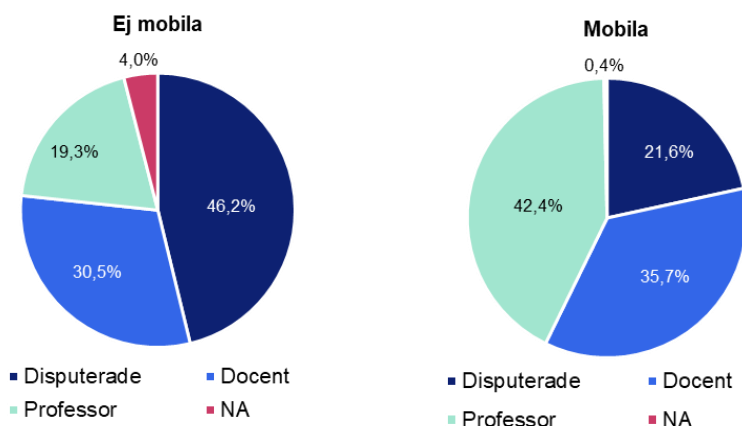


Figur 20: Könsfördelningen bland de som inte har varit, respektive har varit, mobila. (n=1700, varav 897 ej mobila, 803 mobila)

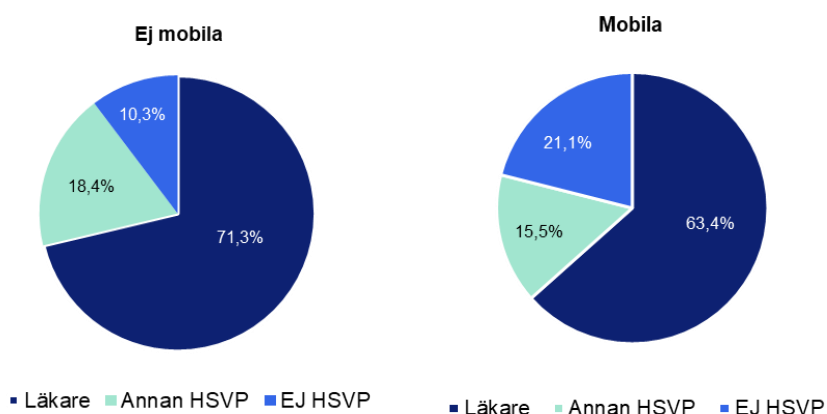


I Figur 20 ovan visar vi könsfördelningen i respektive grupp – de mobila respektive icke-mobila. Kvinnor utgör en liten majoritet bland de som inte varit mobila, medan män tvärt om utgör en liten majoritet bland de som har varit mobila. Denna skillnad i könsfördelning är statistiskt signifikant. Det kan emellertid vara värt att notera att kvinnorna i genomsnitt har en yngre karriärålder (färre år sedan disputation), så en del av skillnaden mellan könen kan bero på karriäråldern. Det senare framgår även i Figur 21 där vi visar att disputerade forskare utgör den största gruppen bland de icke-mobila, medan gruppen professorer, relativt tätt följd av docenter, utgör den största gruppen bland de som har varit mobila. Dessa skillnader i fördelningen på akademisk titel mellan de som har respektive inte har varit mobila är statistiskt signifikanta.

Figur 21: Fördelningen på akademisk titel bland de som inte har, respektive har varit, mobila. (n=1714, varav 902 ej mobila, 812 mobila)



Figur 22: Fördelningen på profession (grupperad i läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal (HSVP) samt ej hälso- och sjukvårdspersonal) bland de som inte har, respektive har, varit mobila. (n=1714, varav 902 ej mobila, 812 mobila)

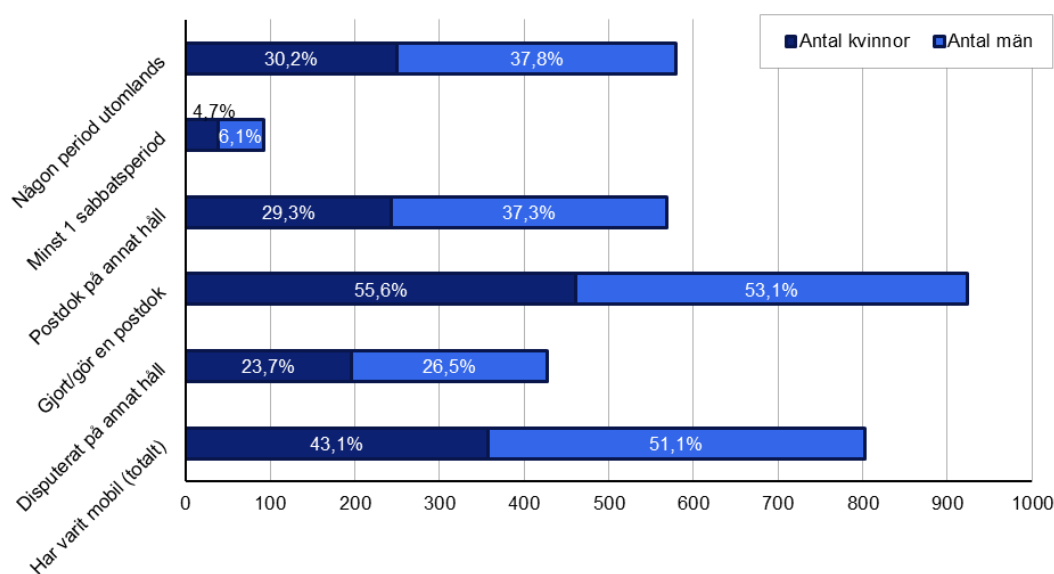


I Figur 22 ovan visar vi motsvarande fördelning på profession. Läkare utgör majoriteten bland mobila, såväl som icke-mobila. Det följer naturligt av att de är den största gruppen i populationen. Särskilt värt att notera är att de som inte är hälso- och sjukvårdspersonal utgör en dubbelt så stor andel av de som har varit mobila, jämfört med icke-mobila. Det innebär att de har varit mobila i större utsträckning än övriga professioner. Den skillnaden är statistiskt signifikant.

Vi har även analyserat följande delkomponenter av mobilitet: att ha gjort sin forskarutbildning åtminstone delvis utomlands eller i annan region inrikes, att ha gjort en postdok åtminstone delvis utomlands eller i annan region inrikes och att under de senaste fyra åren ha varit på minst en sabbatsperiod utomlands. Med total mobilitet avser vi att forskaren uppfyller minst ett av dessa kriterier, dvs att totalt sett ha varit mobil i minst ett avseende. En del individer uppfyller flera. Därutöver tittar vi även särskilt på att ha varit någon period utomlands, under sin forskarutbildning eller postdok eller de senaste fyra åren på en sabbatsperiod. Att ha varit någon period utomlands är alltså uppfyllt om minst ett av följande stämmer in: gjort sin forskarutbildning eller postdok åtminstone delvis utomlands eller har de senaste fyra åren varit på minst en sabbatsperiod.

Figur 23 visar beskrivande statistik för att ha varit mobil och de olika delkomponenterna av mobilitet, uppdelat på kvinnor och män. Kvinnor ligger lägre än män på allt utom att ha gjort eller för närvarande göra en postdok, där skillnaden mellan kvinnor och män är liten, men andelen kvinnor är något högre.

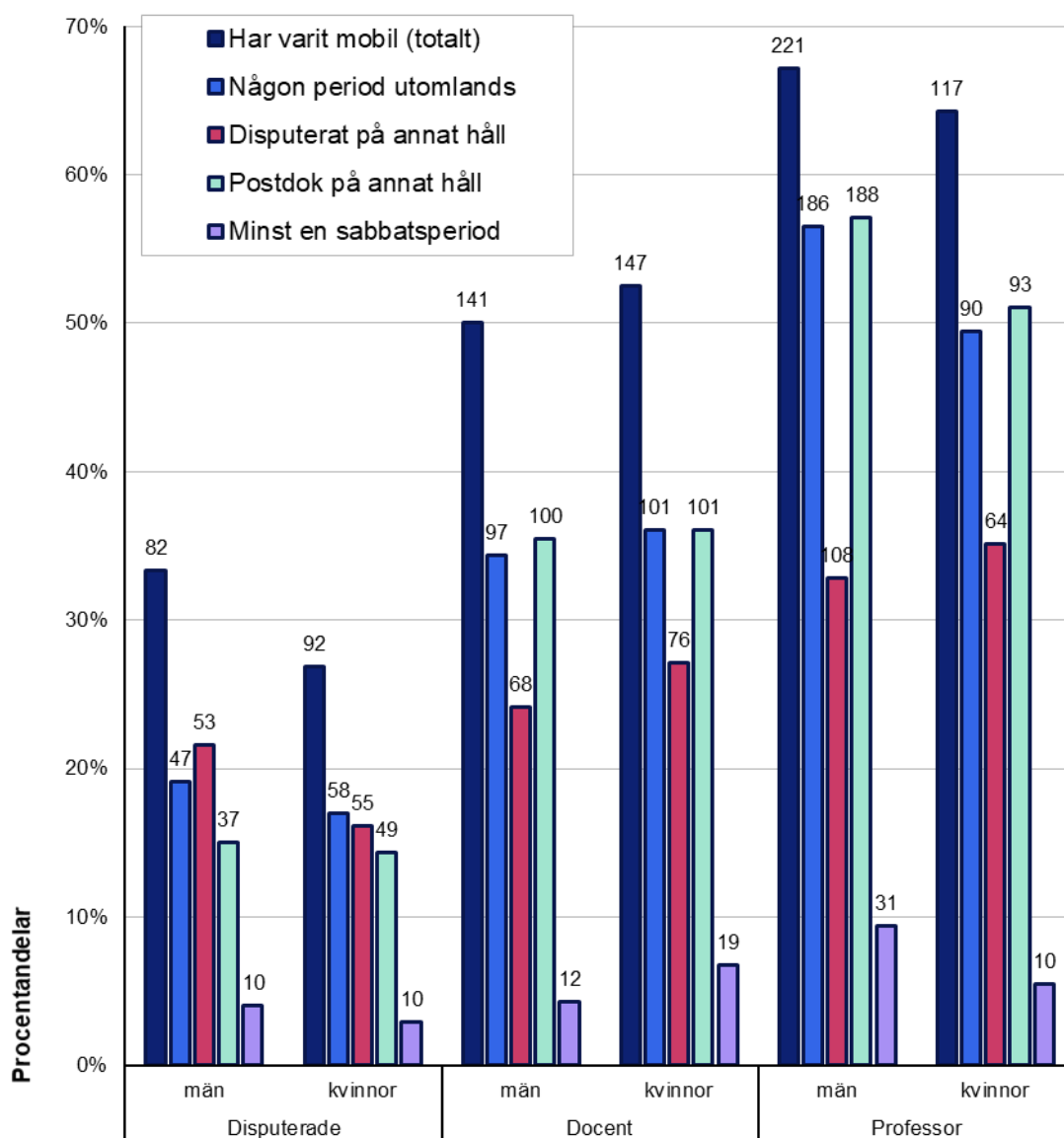
Figur 23: Mobilitet uppdelat på kvinnor och män. Antal på x-axeln. Procentandelar per kön. Exempelvis 43,1 procent av kvinnorna har varit mobila (totalt). (n=1700, varav 828 kvinnor och 872 män)



I Figur 24 nedan visas motsvarande beskrivande statistik, men uppdelat på akademisk titel. Som vi redan noterat, är andelen som har varit mobil generellt högre för de med mer senior titel. Som framgår av den beskrivande statistiken i kapitel 3 så har männen i genomsnitt mer seniora titlar. Därför är könsskillnaderna i Figur 23 generellt större än i Figur 24. Bland disputerade forskare är det emellertid väsentligen högre andel av männen som har varit mobila (totalt). Den skillnaden ser ut att drivas av samtliga delkomponenter, förutom när det gäller att ha gjort en postdok vid annat lärosäte. Inom respektive akademisk titel är inte könsskillnaderna statistiskt signifikanta. Däremot är skillnaderna mellan disputerade forskare och de mer seniora statistiskt signifikanta, förutom när det gäller att ha haft en sabbatsperiod. Docenter och professorer har alltså – oberoende av kön – i större utsträckning varit mobila

(totalt och för alla delkomponenter), utom ifråga om sabbatsperioder, än vad disputerade forskare har varit.

Figur 24: Mobilitet per akademisk titel, uppdelat på kvinnor och män. Procentandelar per akademisk titel och kön. Dataetiketterna visar antal. (n=1700, varav 828 kvinnor och 872 män)

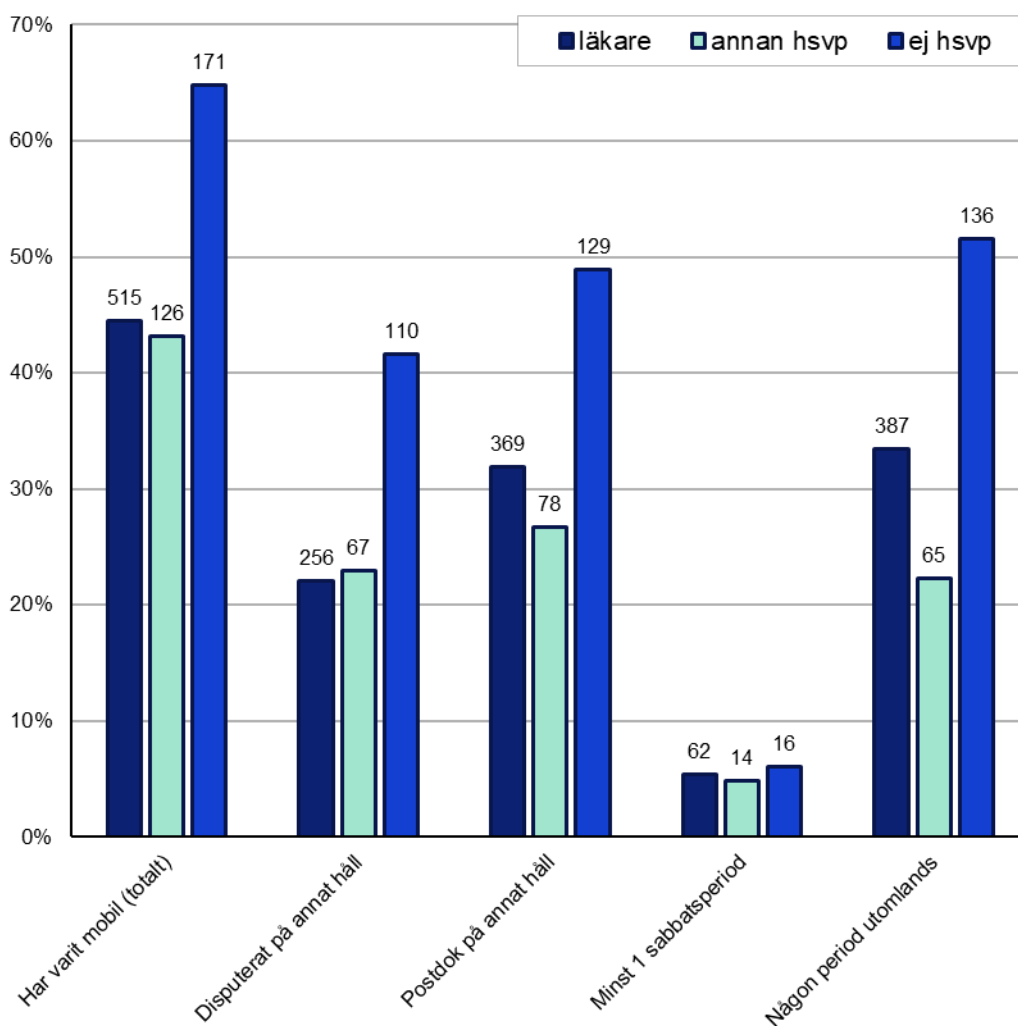


I Figur 25 nedan visas beskrivande statistik för att ha varit mobil och de olika delkomponenterna av mobilitet, uppdelat på profession, grupperat som läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal samt ej hälso- och sjukvårdspersonal.

Genomgående har de som inte är hälso- och sjukvårdspersonal i större utsträckning varit mobila. Skillnaden mellan dem och läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal är statistiskt signifikant när det gäller total mobilitet samt att ha varit någon period utomlands.

Skillnaderna mellan läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal är mindre, förutom när det gäller att ha varit någon period utomlands; detta är vanligare bland läkare. Dessa skillnader är mestadels inte statistiskt signifikanta, förutom just att ha varit någon period utomlands.

Figur 25: Mobilitet per profession, grupperad i läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal (HSVP) samt ej hälso- och sjukvårdspersonal. Procentandelar per profession, dvs 44,5 procent av läkarna har varit mobila (totalt). Dataetiketterna visar antal. (n=1714, varav 1158 läkare, 292 annan HSVP och 264 ej HSVP)



Vi har även tittat på om mobiliteten varierar mellan olika forskningsområden. Där finner vi inga väsentliga skillnader. De forskningsområden som är vanligast bland de som varit mobila är i stort sett desamma som är vanligast totalt.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar analysen av de kliniska forskarnas rörlighet följande:

- Kvinnor har, jämfört med män, totalt sett i lägre utsträckning varit mobila. Det gäller emellertid inte inom respektive akademisk titel, utan hänger samman med att kvinnor i högre utsträckning har mer junior titel. Professorer och docenter har i större utsträckning varit mobila än disputerade forskare.
- När det gäller profession, så har de som inte är hälso- och sjukvårdspersonal i större utsträckning varit mobila, än vad läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal har varit.

6 Bedömning av förutsättningar för klinisk forskning

I enkätundersökningen riktad till kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna frågade vi om deras syn på relevansen av och tillgängligheten till de forskningsförutsättningar som ingick i ALF-utvärderingen. Förutsättningarna för klinisk forskning som forskarna fick ta ställning till utgår från de mål som formulerades för utvärderingen, se bilaga 1.

Förutsättningarna har omformulerats till ett antal påståenden om aspekter av verksamheten som relaterar till målen för utvärderingen. Frågorna om förutsättningarna delades upp i två delfrågor för varje påstående. I den första delfrågan fick respondenterna bedöma hur nödvändiga förutsättningarna är för den kliniska forskningen. I den andra delfrågan bad vi respondenterna bedöma i vilken utsträckning förutsättningarna har implementerats i deras respektive organisationer.

Förutsättningar för klinisk forskning uttryckta som påståenden:

1. Tillgång till forskningsinfrastrukturer (FI) för klinisk forskning

- a. Det är lätt att få tillgång till FI, såsom core-facilities, biobanker, register, teknisk utrustning/plattformar, kliniska provningsenheter och kompetenscenter.
- b. Det finns tillgång till stöd för att hjälpa kliniska forskare att använda nationella infrastrukturer som SciLifeLab, MaxIV och ESS.

2. Tid till klinisk forskning

- a. ALF-regionen har utvecklat planeringsunderlag och program för att möjliggöra klinisk forskning i kombination med kliniskt arbete.
- b. ALF-regionen har utvecklat särskilda tjänster för att möjliggöra klinisk forskning i kombination med kliniskt arbete.
- c. Ledningen i ALF-regionen tar ansvar för att säkerställa att tid beviljad till klinisk forskning kan genomföras i kombination med kliniskt arbete.

3. Karriärutveckling för kliniska forskare

- a. Det finns en modell för karriärutveckling som möjliggör klinisk forskning i kombination med arbete på kliniken.

b. Det finns en progressionsmodell för karriärutveckling som klinisk forskare som innehåller alla steg från doktorandutbildning till högre klinisk eller akademisk tjänst inom hälso- och sjukvården.

c. Jämställdhet och genusperspektiv tas upp för att säkerställa att forskningsmöjligheter är lika för alla behöriga forskare.

d. Det finns möjligheter till mobilitet och forskningsutbyte, t.ex. postdocs och sabbatsår.

e. Det finns möjligheter till kontinuerlig fortbildning för forskare under hela din karriär.

4. Incitament för klinisk forskning

a. Akademiska meriter belönas som en del i den kliniska karriärutvecklingen.

b. Det finns specifika incitament för att uppmuntra sjukvårdspersonal att bli doktorander.

c. Det finns specifika incitament för att uppmuntra sjukvårdspersonal att göra en klinisk forskarkarriär.

d. Mångfald (dvs ålder, kön, bakgrund etc.) bland kliniska forskare främjas på alla nivåer i vårdorganisationen.

I tabell 9 finns bedömningsskalan som forskarna/forskarstudenterna använde för att skatta påståendena. Den första skalan avser om förutsättningarna är viktiga, den andra om de är implementerade i forskarens ALF-region.

Tabell 9 Bedömningsskala för dels frågan om viktig förutsättning, dels om implementerad förutsättning.

Bedömningsskala	1	2	3	4	Ej tillämplig
Viktig förutsättning	Inte alls	Inte så viktigt	Ganska viktigt	Mycket viktigt	Kan ej bedöma
Implementering av förutsättning i ALF regionen	Inte alls	Till viss del	Till stor del	Helt genomförd	Kan ej bedöma

För att analysera forskarna och forskarstudenternas attityder till de olika förutsättningarna, har vi sammanställt dem i ett spindeldiagram, se figur 26. Spindeldiagrammet konstrueras genom att först räkna ut medelvärdet för bedömningen per förutsättning för varje respondentgrupp och därefter plotta

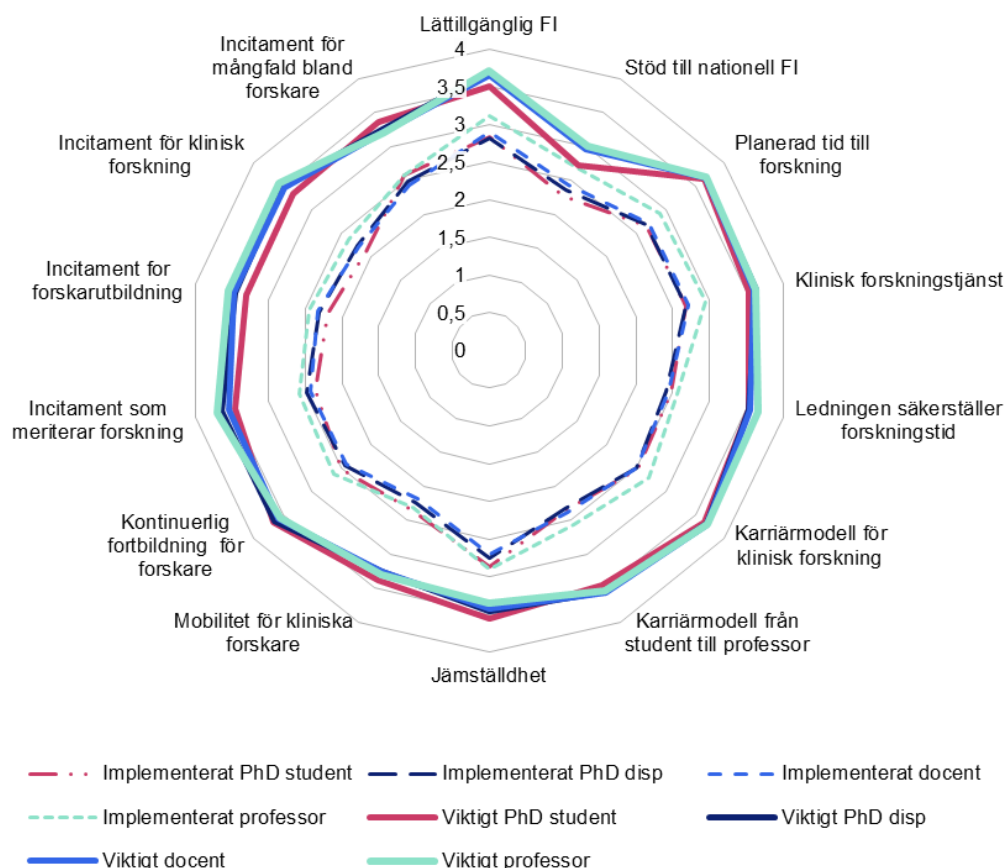
dem i figuren. Medelvärdena är beräknade på de som svarat och gjort bedömningen av förutsättningarna.

Det är några, ibland många, som valt att svara att ”inte tillämplig (NA)” när det gäller att bedöma om förutsättningarna är viktiga för klinisk forskning och om de är implementerade i organisationen. De flesta av de som svarat ”NA” har avstått från att bedöma i vilken grad förutsättningen är implementerad i organisationen. Vi har gjort en internbortfallsanalys som indikerar att det finns ett negativt samband mellan senior titel och att ha valt att svara NA på attitydfrågorna. Det är flest forskarstudenter som är representerade bland de som svarat ”NA”, och minst andel av professorer som gjort det. Det finns även en viss könsskillnad, som emellertid främst verkar hänga samman med att kvinnorna typiskt sett har mer junior titel. Ett par ALF-regioner avviker också. Vi har lagt en tabell i appendix som visar hur många som svarat ”NA” istället för att bedöma förutsättningarna, se bilaga 3.

Eftersom urvalet är stratifierat och det dessutom finns viss systematik i svarsfrekvenser vad gäller regioner och kön, så har vi använt regressionsanalys för att testa statistisk signifikans i skillnaderna i attityder. Dessa finns kommenterade i anslutning till spindeldiagrammen nedan. Metoden för detta finns beskriven i bilaga 2.

Spindeldiagrammet visar främst skillnaderna mellan synen på vad som är viktiga förutsättningar och i vilken grad dessa är implementerade i ALF-regionerna.

Figur 26: Skillnad i synen på vad som är nödvändiga förutsättningar för klinisk forskning och i vilken grad dessa är implementerade i ALF-regionerna uppdelat på akademisk titel. (n= 2362 inklusive de som svarat "NA")



I spindeldiagrammet i figur 26 framgår att forskarna i stort sett är eniga om att förutsättningarna för att stärka klinisk forskning som är listade i inledningen av kapitlet, är viktiga. Det gäller för alla akademiska nivåer, men det finns vissa skillnader. Det är stor skillnad mellan bedömningen om vad som är viktigt och vilken grad det är implementerat rent allmänt. När vi gjorde analyserna för respektive ALF-region till ALF-utvärderingen, såg bilden ut på liknande sätt för alla ALF-regioner. Den nationella bilden sammanfaller således i hög grad med de enskilda ALF-regionernas, vilket innebär att vi kan tolka skillnaderna som giltiga för hela landet.

Den förutsättning som alla respondenter tycker är mindre viktig är den som kallas "stöd till nationell FI", det vill säga, påståendet "det finns tillgång till stöd för att hjälpa kliniska forskare att använda nationella infrastrukturer som SciLifeLab, MaxIV och ESS" i tabell 1. Det skiljer samtidigt något mellan forskarstudenternas syn på detta i förhållande till övriga akademiska nivåer, där de både tycker att förutsättningen är mindre viktig, men också implementerad i lägre grad jämfört med professorernas bedömning. När det gäller det andra

påståendet som handlar om forskningsinfrastrukturer:” det är lätt att få tillgång till FI, såsom core-facilities, biobanker, register, teknisk utrustning/plattformar, kliniska prövningsenheter och kompetenscenter” så tyckte alla att den är viktigt, till och med att det är den viktigaste förutsättningen som finns för klinisk forskning. Vid signifikanstestningen av skillnaden i svaren mellan respondentgrupperna så finns en signifikant skillnad mellan forskarstudenter och övriga akademiska titlar. De som är mer seniora forskare rankar förutsättningarna som avser tillgång till forskningsinfrastrukturer högre både när det gäller att de är viktiga och att de är implementerade i organisationen, än vad forskarstudenterna gör.

När det gäller påståenden om ”tid till forskning” så rankar alla forskare oavsett akademisk nivå det som viktigt. Samtidigt skiljer det något mellan respondentgrupperna när det gäller i vilken grad de förutsättningar som avser ”tid till forskning” är implementerade eller inte. Professorerna bedömer att ”planerad tid till forskning” och ”kliniska forskartjänster” är implementerat i högre grad än vad övriga respondentgrupper anser. Men när det gäller ”ledningen säkerställer forskningstid” är bedömningen lägre för alla respondentkategorier avseende implementering i organisationen. Generellt för de tre påståendena om ”tid till forskning” gäller att ju mer senior forskare du är, desto högre skattar du både hur viktigt det är och i vilken grad det är implementerat. Dessa skillnader mellan olika akademiska nivåer är statistiskt signifikanta. Det gäller främst i förhållandet till forskarstudenterna. Dessa har också i högre grad svarat ”NA” och därmed avstått från att bedöma tid till forskning.

Förutsättningar för ”karriärutveckling för klinisk forskning” anser de flesta är viktig, men ”jämförbarhet” och ”mobilitet för kliniska forskare” viktas något lägre, framförallt bland mer seniora forskare. ”Jämförbarhet” anser de flesta är i hög grad implementerat i förhållande till de andra forskningsförutsättningarna. Professorerna är något mer positiva till att ”karriärmodell för klinisk forskning” samt ”karriärmodell från student till professor” är implementerat i organisationen än övriga respondentgrupper. När det gäller signifikanstesterna så visar de ingen entydig bild. Skillnaderna i synen på hur viktiga dessa förutsättningar är i de flesta fall inte signifikanta. Att de mer seniora akademiska nivåerna i högre utsträckning skattat att förutsättningarna är implementerade i organisationen är dock statistiskt signifikant. För dessa påståenden gäller också att det finns ett högre internbortfall från forskarstudenterna.

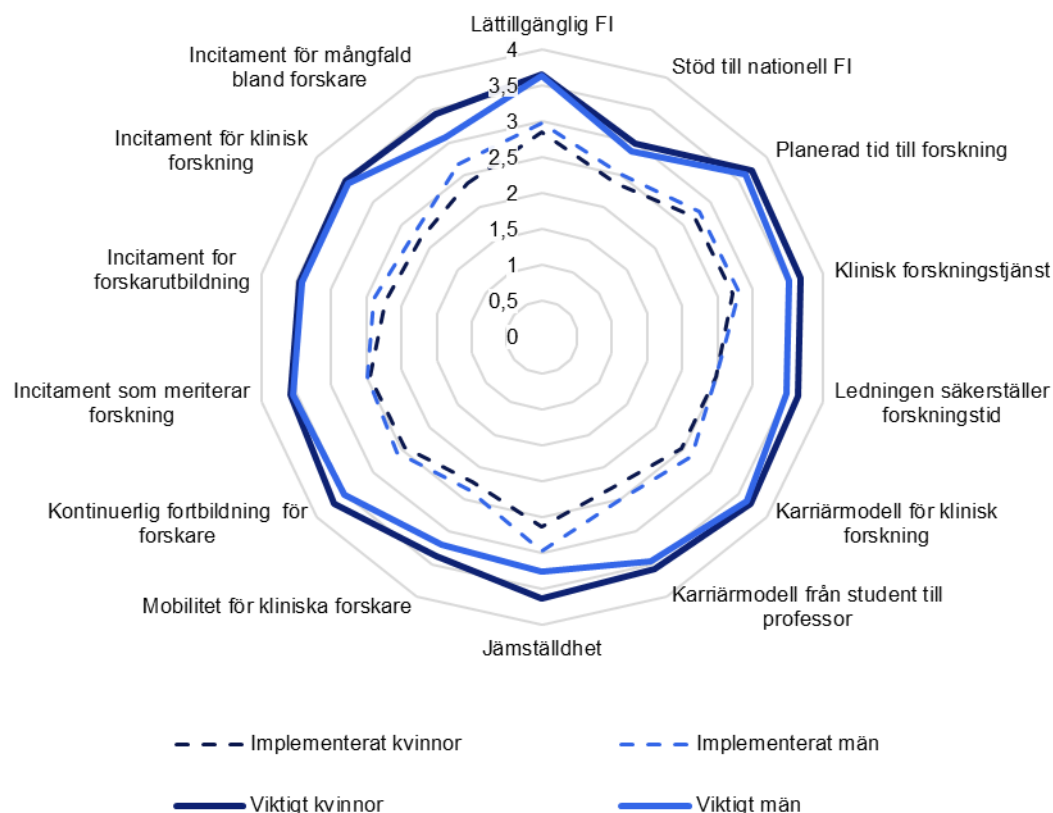
Det fjärde området av förutsättningar för klinisk forskning, ”incitament för klinisk forskning” innehåller fyra påståenden. Där framgår att forskarstudenterna bedömer alla områden som lika viktiga, varav endast det som handlar om ”incitament för mångfald bland forskare” skattas högre än hur övriga respondentgrupper skattar det. ”Incitament som meriterar forskning” skattas högst av professorer och disputerade. En jämförelse mellan respondentgrupperna, med signifikantester för påståendena omförutsättningen ”incitament för klinisk forskning”, visar att de med mer senior akademisk titel i huvudsak gör en högre bedömning. Men när det gäller påståendet ”incitament för mångfald bland forskare” så syns en signifikant skillnad mellan

forskarstudenter och professorer, där forskarstudenterna anser att det är en viktigare förutsättning.

Signifikanstestet visar emellertid ingen skillnad mellan respondentgrupperna när det gäller bedömningen av om incitamentet för mångfald är implementerat i organisationen.

Den enskilt största skillnaden mellan vad som anses vara viktigt och om det är implementerat i organisationen, rör påståendet ”incitament för klinisk forskning”. Inte för något påstående är skillnaden så stor som för detta. Denna bedömning varierar inte systematiskt med akademisk titel.

Figur 27: Förutsättningar för klinisk forskning – hur viktiga de är och om de är implementerade i organisationen, uppdelat på kön. (n= 2382 inklusive de som svarat ”NA”)



I figur 27 ovan framgår att kvinnor och män har samma syn på viktiga förutsättningar när det gäller forskningsinfrastrukturer. Däremot skiljer det sig något i deras bedömning av om dessa är implementerade i organisationen eller inte. Lägst skattat som viktig förutsättning är ”stöd till nationell FI”, medan ”lättillgänglig FI” skattas högt. Vid signifikanstestning av skillnaderna bekräftas bilden i figur 27, som visar att det inte skiljer mellan kvinnors och mäns bedömning av hur viktiga förutsättningar om forskningsinfrastrukturer är. Däremot syns en signifikant skillnad mellan kvinnors och mäns bedömning av

om dessa förutsättningar är implementerade eller inte. Kvinnor anser det i lägre grad än män.

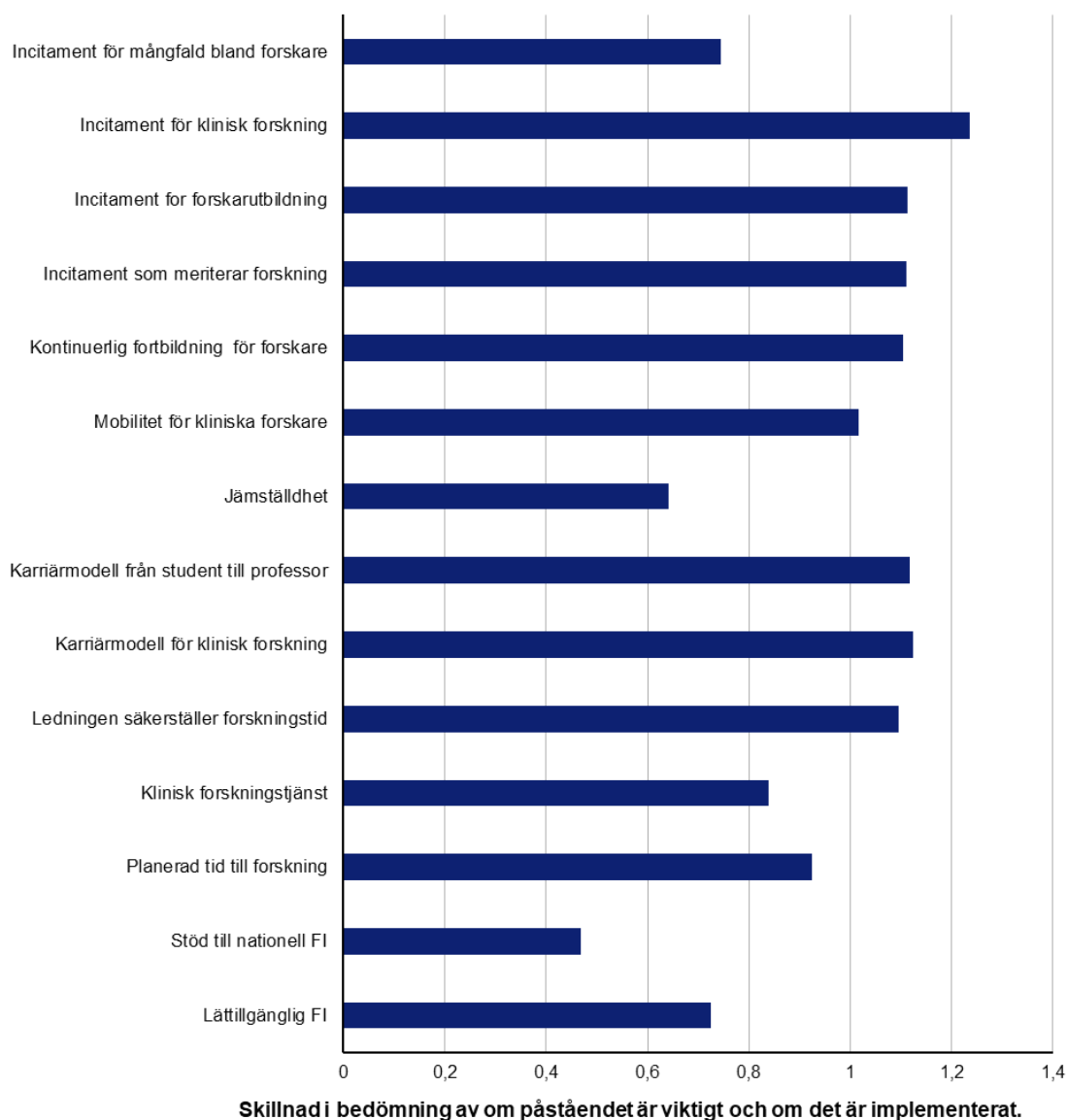
För förutsättningarna som rör ”tid till forskning”, så skiljer det sig något mellan kvinnors och mäns syn på hur viktiga de är och om de är implementerade i organisationen. I figur 27 framgår det att kvinnorna bedömer förutsättningarna som rör ”tid till forskning” som viktigare än vad männen gör, medan de skattar implementeringen av dem något lägre när det gäller ”planerad tid till forskning” och ”klinisk forskningstjänst” än vad männen gör. Däremot har kvinnor och män samma syn på nivån på implementering av ”ledningen säkerställer forskningstid”. Ändå skattas graden av implementering för den förutsättningen jämförelsevis lägre än de andra två påståendena som rör ”tid till forskning”. Vid signifikantester av skillnaderna så bekräftas bilden i figur 27, men skillnaden för hur kvinnor och män skattat ”planerad tid till forskning” är inte statistiskt signifikant.

När vi kommer till påståendena som rör ”karriärutveckling för klinisk forskning” så är skillnaderna mellan kvinnor och män betydligt större. När det gäller ”karriärmodell för klinisk forskning” och ”karriärmodell från student till professor” så är bedömningen av om det är viktigt ungefär lika mellan könen. Däremot anser kvinnor att det är i lägre grad implementerat än män. Den största skillnaden ser vi när det gäller bedömningen av ”jämsällldhet och genusperspektiv tas upp för att säkerställa att forskningsmöjligheter är lika för alla behöriga forskare”. Kvinnor bedömer detta som viktigt i betydligt högre grad, och skillnaderna är lika stora när det gäller om det är implementerat eller inte, där män anser att det är implementerat i högre grad än kvinnor. Här har samtidigt många kvinnor valt att svara ”NA” när det gäller graden av implementering, vilket visas i tabell 14, bilaga 3. Det skiljer också en del när det gäller ”mobilitet för kliniska forskare” där kvinnor bedömer att det är viktigare än vad män anser, och kvinnor anser att det är i lägre grad implementerat än män. Samma mönster framkommer för ”kontinuerlig fortbildning för forskare”, men det är inte lika stora skillnader som för mobilitet och jämsällldhet. Skillnaderna i skattningarna bekräftas också i signifikantestningen av påståenden om karriärutveckling.

För bedömningar som rör påståenden om incitament till forskning är kvinnor och män helt eniga i skattningen om hur viktiga de är när det gäller ”incitament som meriterar forskning”, både när det gäller hur viktigt det är och i hur hög grad det är implementerat i organisationen. De är också eniga när det gäller hur viktigt ”incitament för forskarutbildning” och ”incitament för klinisk forskning” är, men kvinnor anser att det är implementerat i lägre grad än män. Den stora skillnaden ser vi för påståendet om ”incitament för mångfald bland forskare”, där kvinnor i mycket högre grad än män anser att det är viktigt. Kvinnor anser också att det är implementerat i mycket lägre grad än män. Signifikantestningen bekräftar bilden av skillnaderna mellan kvinnors och mäns syn på påståenden om ”incitament till forskning”.

I figur 28 nedan visas endast de totala skillnaderna i skattningen mellan vad som är viktigt och implementerat när det gäller påståendena i tabell 9 ovan.

Figur 28: Differens i synen på viktiga förutsättningar och i vilken grad de är implementerade i verksamheten. (n=2401 inklusive de som svarat "NA".)

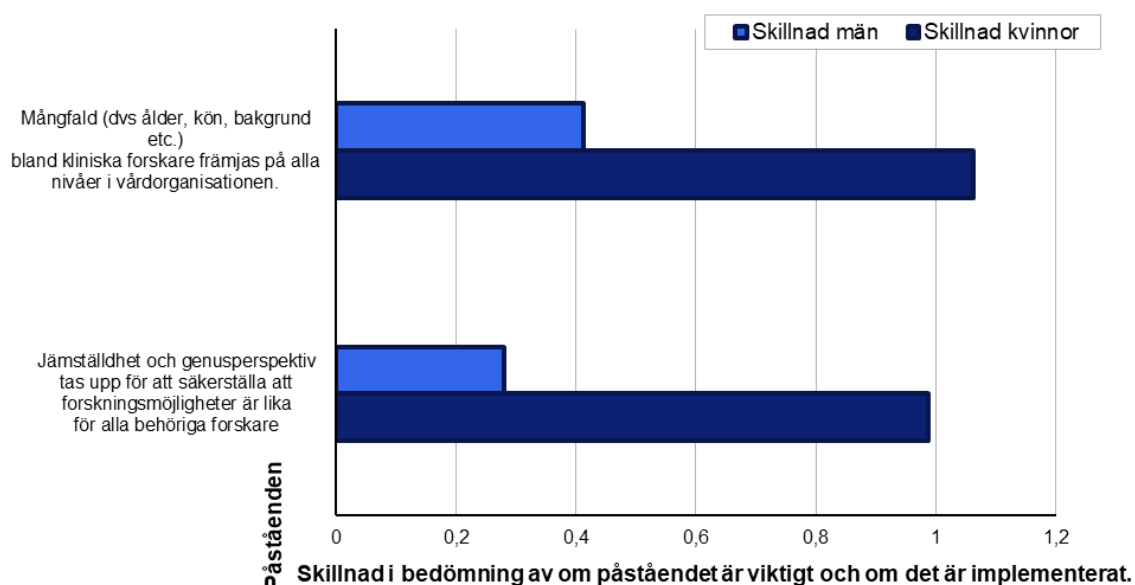


I figur 28 ovan framgår skillnaden mellan vad som anses viktigt och i vilken grad det är implementerat i ALF-regionen. Om skillnaden i diagrammet är 0 är det ingen skillnad mellan synen på om förutsättningen är viktig och om den implementeras, men om den är över 1 är visat på en större skillnad mellan bedömningarna. I det här diagrammet visas den totala bilden för alla respondenter.

Den största skillnaden ses för påståendet ”incitament för klinisk forskning”. Även andra påståenden inom förutsättningen ”incitament för forskning” visar en stor skillnad mellan viktigt och implementerat. Det gäller däremot inte för ”incitament för mångfald bland forskare” som visar en mindre skillnad, än övriga påståenden inom förutsättningarna som rör incitament för forskning. Att

skillnaden är så liten beror på att det skiljer sig mycket mellan hur kvinnor och män värderar ”incitament för mångfald bland forskare. Det gäller även påståendet om ”jämsällldhet och genusperspektiv tas upp för att säkerställa att forskningsmijligheter är lika för alla behöriga forskare”. I Figur 29 nedan ser vi hur skillnaden ser ut när vi delar upp staplarna på kvinnor och män.

Figur 29: Differens i synen på viktiga förutsättningar och i vilken grad de är implementerade i verksamheten, som rör jämsällldhet och mångfald, uppdelat på kvinnor och män. (n=2401 inklusive de som svarat ”NA”)



I det här sammanhanget är det viktigt att påpeka att 25 procent av kvinnorna har avstått från att bedöma i vilken grad påståendena i figur 29 är implementerade i verksamheten. Trots det framgår stora och tydliga skillnader mellan kvinnors och mäns syn på frågor om jämsällldhet och mångfald bland forskare.

Andra områden som visar en stor total skillnad när det gäller om förutsättningarna är viktiga och implementerade (se figur 28), är två påståenden som rör karriärutveckling (”karriärmodell för klinisk forskning”, ”karriärmodell från student till professor”) samt ett påstående för ”tid till forskning” som rör ”ledningen säkerställer forskningstid”. Även dessa områden uppvisar stor skillnad mellan vad som anses viktigt och i vilken grad det är implementerat. Det område där skillnaden är minst är ”tillgång till forskningsinfrastrukturer” och då särskilt påståendet ”stöd till nationell FI”, som också uppfattades som minst viktigt av alla påståenden.

Den nationella bild som presenteras här av hur forskare ser på sina förutsättningar att forska, ligger i linje med det som tidigare framkommit i sammanställningen för respektive ALF-region. Det vill säga, bilden är relativt samstämmig över landet. De förutsättningar som forskarna själva anser är

viktiga, men som i låg grad är implementerade, är områden som behöver stärkas för att förbättra den kliniska forskningens förutsättningar i Sverige.

Sammanfattning

Vår analys av forskarnas förutsättningar att forska kliniskt visar följande:

- De flesta anser att forskningsförutsättningar som rör forskningsinfrastrukturer, tid till forskning, karriärutveckling och incitament till klinisk forskning är viktiga.
- De flesta anser att dessa förutsättningar i lägre grad är implementerade i deras respektive organisationer i ALF-regionerna.
- Stora skillnader framträder på två områden: ”jämställdhet” och ”incitament för mångfald bland forskare”. De bedöms helt olika av kvinnor och män, vilket framgår av spindeldiagrammet. Kvinnorna bedömer att förutsättningarna är både viktigare och i lägre grad implementerade, än vad männen gör.
- Åsikterna går isär ifråga om incitamenten för klinisk forskning, vad som är viktigt och i vilken grad det är implementerat. Det är också stor skillnad i synen på ”incitament för forskarutbildning”, ”incitament som meriterar forskning” och ”incitament för mångfald bland forskare” vilka generellt rör avsaknad av incitament för forskning i vårdorganisationen. Stora skillnader märks också mellan vad som anses viktigt och vad som är implementerat när det gäller förutsättningar för karriärutveckling, samt för tid till forskning.

7 Öppna svar

Inledning

Här följer sammanfattningar av de fritextsvar som lämnades av respondenterna i enkäten. Svaren har delats upp i fem kategorier: Incitament för klinisk forskning, karriär, forskningstid, infrastruktur och finansiering.

I följande tabell finns de frågor som ställdes till respondenterna och antalet fritextsvar som lämnats på varje fråga.

Tabell 10: Fritextfrågor i enkäten till forskarna och forskarstudenterna (n=2401)

Fråga	Antal svar från forskarstudenter (n=685)	Antal svar från forskare (n=1715)
Är det möjligt för kliniska forskare att söka ALF-finansiering i din ALF-region?	X*	121
Hur har pandemin påverkat din tid till forskning/forskarstudier?	141	329
Har tiden för dina forskarstudier fördelats i enlighet med din individuella studieplan (ett genomsnittligt år)?	113	X
Vilka är fördelarna med att vara klinisk forskare/forskarstudent i din ALF-region när det gäller de nuvarande förutsättningarna för klinisk forskning?	364	1081
Vad kan förbättras när det gäller de nuvarande förutsättningarna för klinisk forskning i din ALF-region?	363	1092
Totalt antal svar	981	2623

*x= fick inte frågan i enkäten.

Sammanfattningen av fritextsvaren ger en bild av olika aspekter som rör förutsättningar för klinisk forskning från forskarna och forskarstudenternas perspektiv, däremot är de inte representativa för gruppen kliniska forskare/forskarstudenter i Sverige. Situationen för enskilda forskare och

forskarstudenter ser väldigt olika ut beroende av flera skäl, såsom region, lärosäte, sjukhus, klinik, ledning, forskningsområde och andra mer individuella faktorer. Detta är också tydligt i materialet, där det finns både nöjda och missnöjda röster inom samtliga frågeområden, ibland i samma svar från några respondenter. För att kunna hantera mängden fritextsvar har AI-tjänsten ChatGPT använts för att bearbeta respondenternas svar i ett första steg. Resultatet har sedan kvalitetssäkrats genom läsning av ett urval av svaren för att säkerställa att sammanfattningen inte ger en missvisande bild av svaren i sin helhet.

Sammanfattningarna i detta kapitel är just sammanfattningar. De innehåller inte alla kommentarer som förekommer i fritextsvaren utan visar på vanliga synpunkter, både positiva och negativa, gällande förutsättningarna för klinisk forskning som anges av respondenterna i enkäten. Fritextsvaren från forskarna och forskarstudenterna redovisas samlat.

Forskningsinfrastruktur

I kommentarerna framgår att både mer avancerade forskningsinfrastrukturer och lokalt stöd utgör viktiga förutsättningar för klinisk forskning. Bland annat skriver respondenterna att administrationen kring den kliniska forskningen uppfattas som väldigt tidsödande och det finns behov av att avlasta de kliniska forskarna, främst genom: utbyggda lokala stödstrukturer för tillgång till bl.a. forskningssjuksköterskor; statistiker; studiedesign; datahantering och andra IT-frågor; hjälp med forskningsbidragsansökningar; hantering av externa anslag med mera. Förslag om kurser som täcker projekt- och budgetplanering, ledarskap och pedagogik nämns också. Respondenterna anser att det finns behov av att förbättra och förenkla tillgången till biobanker.

Infrastrukturstöd för patientrekrytering till studier är också ett behov. Kommentarer finns om att tillgång till forskningsdata behöver förenklas, t.ex. när det kommer till databeställningar från Socialstyrelsen och SCB.

Forskningstid

Forskarna och forskarstudenterna beskriver utmaningar med att få tid till forskning, parallellt med klinisk tjänstgöring, och att det varierar och beror på olika faktorer. En faktor som återkommer är den pressade situationen på kliniken med en upplevd brist på personal (både på läkare och övrig sjukvårdspersonal), vilket gör det svårt att frigöra tid för forskning och forskarstudier. Några respondenter kommenterar att klinisk forskning vid deras arbetsplatser anses inkräkta på det kliniska arbetet och att forskning därför bör bedrivas utanför arbetstid. Forskarstudenter kommenterar att det är svårt att ta ut sin forskningstid eftersom balansgången mellan forskning och kliniskt arbete är svår, särskilt för yngre personer som vill visa framfötterna i det kliniska arbetet. För att kompensera för detta nämner många att man forskar samt genomför en del av sina forskarstudier på kvällar och helger.

Respondenterna framhåller att bra schemaläggning är väsentligt för att få till ett bra växelspel mellan forskning och klinisk tjänstgöring. En annan möjlighet som nämns är ALF-finansierade tjänster som, särskilt tidigt i karriären, ger helt andra möjligheter att ta ut forskningstid än om finansieringen kommer från exempelvis kliniken. Det har även betydelse att kunna få en del av tjänsten finansierad för forskning via externa medel (t.ex. Vetenskapsrådet). Kombinationstjänster ses också som en viktig väg till att få tid till forskning, eftersom uppdelningen mellan klinisk tjänstgöring och forskning då formaliseras. Det framgår av forskarnas svar att fler aktiviteter än just forskning ska genomföras på forskningstiden, såsom undervisning, ansökningar om externa medel och ansökningar till biobanker. Forskarstudenterna efterfrågar bättre processer för att hitta handledare till potentiella forskarstudenter, men även bättre tillgång till handledare för de som påbörjat sin forskarutbildning, särskilt i mindre regioner. Fritextsvaren ger inte en entydig bild av hur respondenterna upplever sin situation. Det finns även respondenter som är relativt nöjda med möjligheten att få tid till sin forskning.

Fritextsvaren indikerar att pandemin påverkade möjligheten för kliniska forskare att bedriva forskning, i alla fall inom vissa områden. Detta gällde för såväl forskarstudenter som för juniora och seniora forskare. Ett sätt att kompensera för detta var att bedriva mer forskning på fritiden. Det var inte bara kliniska forskare som var tvungna att prioritera om under pandemin utan även andra personer som ofta ingår i forskningsprojekt, t.ex. forskningssjuksköterskor och labbassistenter. Vård av barn (VAB) var också en ständig orsak till frånvaro inom alla tjänstekategorier under pandemin. Tillgången till labb, reagenser och kliniska material var dålig, eftersom dessa också behövdes för covidtestning. På grund av restriktionerna blev det svårt att få tillgång till patienter vilket ledde till att många kliniska studier fick skjutas på framtiden. Samarbete med andra forskare försvårades också under pandemin både i nationella och internationella nätverk, vilket bland annat ledde till färre internationella projekt och att forskare fick göra mer av forskningen och skrivandet på sin "egen kammare".

Karriär

Många forskare vittnar om otydliga karriärvägar, inte minst efter disputation, och att denna otydlighet har betydelse för benägenheten att påbörja en forskarutbildning, eftersom att det kan leda till att man tappar sin position på kliniken. Här finns också en tydlig koppling till ekonomiska incitament. Det finns kommentarer om att den akademiska banan inte belönas, varken lönemässigt eller i frågan om prestige och meritering, till skillnad från en rent klinisk karriärväg. Forskarna kommenterar också att forskning gör att den kliniska karriären stannar upp, i jämförelse med de kollegor som inte forskar. Andra kommenterar avsaknad av handledare för forskarstudenter. Men det finns också några kommentarer som visar på tydliga karriärvägar, med löneincitament för varje steg i karriären. Återigen förekommer uppenbarligen både regionala och lokala skillnader.

Incitament

Positiva fritextsvar handlar om de incitament som finns på den egna arbetsplatsen för klinisk forskning, som finansiella och lönemässiga fördelar. Även tillgång till patienter och prekliniska forskargrupper lyfts fram som exempel på goda incitament. I fritextsvaren nämns också incitament som möjligheten att kontinuerligt förbättra sina kliniska kunskaper genom forskningen, och därmed bidra till ökad vårdkvalitet och nya medicinska behandlingar. Kommentarer om att det finns en forskningskultur som uppmuntrar och värderar klinisk forskning förekommer också. Möjligheten att skapa nationella och internationella nätverk, både med prekliniska och kliniska forskare, tas även upp som ett incitament.

Men det är uppenbart att även om det finns exempel på goda kliniska forskningsmiljöer, så finns mycket kvar att göra enligt respondenterna. Många vittnar om att det personliga drivet är avgörande, eftersom institutionellt stöd i mångt och mycket saknas. Vidare nämns att det måste löna sig att utbilda sig till forskare och att fortsätta vara verksam som klinisk forskare efter disputation. Kommentarer förekommer om att ledningen på universitetssjukhusen värderar forskning lägre än det kliniska arbetet, även om båda dessa finns i hälso- och sjukvårdsuppdraget. Behovet av mer personal för att minska pressen på klinisk personal poängteras, likväl som vikten av ökad akademisk kompetens både hos ledning och klinikchefer. Vidare framkommer att motivationen för yngre forskare, särskilt kvinnor, att delta i forskningsprojekt idag är begränsad på grund av svårigheten att kombinera forskning med familjeliv. I kommentarerna går också att utläsa ett stort behov av fler kombinerade tjänster och bättre möjligheter att göra en postdok. Det framgår också att bättre stöd till kliniska forskare som inte är läkare behövs. En bättre koppling och mer nätverkande mellan forskare inom primärvården och universitetssjukhusen, såväl som mellan prekliniska och kliniska forskare, nämns som utvecklingsområden.

Finansiering

Svaren visar på stora skillnader när det gäller fördelning av och tillgång till forskningsfinansiering för klinisk forskning på nationell nivå. Regionerna har olika sätt att fördela ALF-medel och anger olika kriterier som behöver vara uppfyllda för att forskarna ska ha möjlighet att få ALF-finansiering, men också för hur regionens övriga FoU-medel fördelas. Kommentarerna beskriver hur viktiga ALF-medel är för möjligheten att forska, eftersom finansiering av såväl lön, projektmedel, forskarstudenter, postdoks, som nätverkande kan ingå. ALF-medel förenklar också möjligheterna att faktiskt få tid till forskning. Respondenter efterfrågar mer central finansiering av stödpersonal som forskningssjuksköterskor och labbpersonal, mer långsiktighet i finansieringen, samt att en större del av finansieringen bör gå till juniora forskare i stadiet mellan disputerad och docent. Primärvårdens situation tas också upp, där flera respondenter menar att det finns en partiskhet till nackdel för primärvårdsforskning. Kunskapen hos bedömare är låg gällande

forskningsfrågor inom området, vilket gör det svårt att få externa medel hos t.ex. Vetenskapsrådet och via öppna utlysningar av ALF-medel.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi notera följande från de öppna svaren i enkäten:

- Inom vissa arbetsplatser anses klinisk forskning inkräkta på det kliniska arbetet och det är många gånger svårt att ta ut tillräckligt med tid för forskning. Bra schemaläggning är väsentligt för att få till ett bra växelspel mellan forskning och klinisk tjänstgöring.
- Forskarna efterfrågar mer stöd från supportpersonal och stöd med administration samt enklare tillgång till biobanker.
- Pandemin mellan 2020 och 2022, innebar att den kliniska forskningen påverkades i olika grad: inom vissa områden fick den ställas in, medan den inom andra områden kunde genomföras enligt plan.
- Det finns regionala och lokala skillnader, men karriärvägen som forskarstudent och klinisk forskare upplevs som otydlig av många.
- Individens inneboende drivkrafter är avgörande för att påbörja och bibehålla en klinisk forskarkarriär, eftersom de organisatoriska incitamenten generellt är svaga.
- Sjukhusledningarna värderar inte forskning i paritet med kliniskt arbete.
- ALF-medel är avgörande för att kunna bedriva klinisk forskning och förenklar tillgången till forskningstid.

8 Fördjupningsstudie med forskare och forskarstudenter om viktiga förutsättningar för klinisk forskning

I det här avsnittet redovisar vi resultatet från fokusgruppsintervjuer med forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna. Vi genomfört intervjuerna i separata grupper med forskarstudenter, disputerade, docenter respektive professorer. Det totala antalet deltagare i fokusgrupperna är 48 personer.

Fokusgruppsintervjuerna redovisas samlat för alla akademiska nivåer under respektive rubrik.

Varför bli klinisk forskare?

Alla forskare och forskarstudenter i samtliga fokusgrupper var eniga i att den viktigaste drivkraften för att bli klinisk forskare är individuell nyfikenhet och intresse, snarare än karriärhänsyn. Dels handlar det om att bidra till vårdens utveckling och implementering av forskningsresultat, dels om att forskningen skapar variation och är intellektuellt stimulerande i en annars hektisk vardag. En annan anledning till att bli klinisk forskare som nämndes är möjligheten att vara med och förvalta forskningsmiljön och därmed vara en god förebild för framtida forskare, inte minst i mindre regioner. Professorerna nämnde att starka forskningsmiljöer – där gränsen mellan forskning och kliniskt arbete är mer flytande – är inspirerande.

Incitament för klinisk forskning

Enligt forskarstudenterna är styrdokument för forskarutbildning och forskning i huvudsak inriktade mot läkare, vilket kan innebära att andra kliniska professioner inte känner sig inkluderade. Flera av forskarstudenterna menade att klinisk forskning inte värderas eftersom att det konkurrerar med klinisk verksamhet. De disputerade forskarna nämner att uppmuntran och beröm av kollegor är viktiga incitament, men också möjligheten att skapa nätverk och tillsammans med andra lyfta blicken från den kliniska vardagen. Synen på kravet (eller icke-kravet) på en forskarutbildning för att kunna avancera till överläkare varierade mellan deltagarna. Å ena sidan är det viktigt med en förståelse för forskningens betydelse som överläkare, men å andra sidan riskerar kompetenta personer uteslutas från möjligheten att bli överläkare för att de inte är disputerade. När det kommer till frågan om jämställdhet menade flera forskarstudenter att det är svårare att göra sin röst hörd som kvinna vid konferenser, föredrag och publicering, framförallt inom mansdominerade områden. Men det fanns också forskarstudenter som menade att de hade ett jämställt klimat på kliniken, trots att det fanns en övervikt av män bland de seniora, och av kvinnor bland de juniora, kliniska forskarna. Uppfattningen att

det saknas incitament för klinisk forskning var utbredd bland forskarna och forskarstudenterna. Som exempel på detta nämndes otydliga karriärvägar och att man efter disputationen lämnas vind för våg att söka sin egen väg framåt. De disputerade forskarna föreslog att en nationell standard gällande kompetens för olika tjänster och miljöer borde etableras, då det skiljer sig så mycket mellan olika regioner. Docenterna ansåg att det på nationell nivå finns väldigt få kombinerade tjänster som inkluderar klinisk forskning. De framförde också att det ligger ett stort ansvar på individen att dra in externa medel för att finansiera forskningsstudier och stödpersonal, men också doktorander. Vidare behövs det integrerade forskningsnoder samt infrastrukturer med support för klinisk forskning, som inte i första hand är avsedda för vården, menade de.

Fokusgruppen med professorer ansåg att ett betydelsefullt incitament på det personliga planet är möjligheten att ge forskningsresultat en klinisk tillämpning. Det finns tjänstestrukturer och infrastrukturer för att underlätta en klinisk forskarkarriär, men det personliga drivet är helt avgörande, ansåg de. Vidare nämnde professorerna att olika forskningsområden, som kardiologi, har en starkare forskningskultur än akutmedicin, som är ett nyare forskningsfält med färre seniora forskare som kan vara drivande för att etablera en forskningskultur på kliniken. Sjukhusledningarna och verksamhetschefer har ett stort ansvar för att stärka en kultur som möjliggör forskning i den kliniska vardagen, menade professorerna. Formella krav föreslogs, som att verksamhetschefer ska ha en forskarbakgrund, men några ansåg att det inte självklart behöver leda till en starkare forskningskultur. Universiteten behöver stärka sin kompetens om själva förutsättningarna för klinisk forskning. Enligt professorerna värderas klinisk forskning inte lika högt som pre-klinisk forskning.

Tid till forskning

Forskarstudenterna vittnade om att en stor del av forskningen bedrivs på fritiden vid sidan av den ordinarie arbetstiden. För en av forskarstudenterna handlade det om att tiden som är schemalagd till forskning främst är avsedd för doktorandkurser och inte räcker till den faktiska forskningen. De övriga forskarstudenterna beskrev att det oftast finns tillräckligt tid i schemat, men det kan uppstå situationer där den kliniska verksamheten behöver prioriteras. Forskarstudenterna konstaterade vidare att ALF-medel kan innebära stor skillnad för möjligheten att forska. En av deltagarna i gruppen, som fått sin tjänst finansierad av ALF-medel, menade att det gjorde det enklare med planering och schemaläggning på kliniken och överlag innebar en stor skillnad i möjligheten att bedriva forskning. Det behövs fler fasta tjänster för forskarutbildning, ansåg forskarstudenterna. Men även om det finns kandidater som vill inleda en forskarutbildning så har vissa problem med att hitta handledare och disputerade lärare, till exempel inom sjuksköterskeutbildningen, ansåg de.

Precis som forskarstudenterna, ansåg de disputerade forskarna att det är svårt att få tid till forskning, även efter disputationen. De menade att kliniken alltid går först vilket gör att forskning i stor utsträckning får göras på fritiden, i alla fall innan man har tillgång till externa medel. Vidare beskrev de att tid till

undervisning tas från forskningstiden, vilket betyder att den tid som finns över till själva forskningen är mindre än den ser ut på papperet. Det fanns dock de som funnit lösningar på problemet med oreglerad forskningstid. Några exempel nämndes på hur verksamheter hittat lösningar, till exempel vid externfinansiering av forskning, där tilläggsavtal tagits fram som komplement till anställningsavtalet och där forskningstiden tydligt reglerats. Andra exempel som nämndes var ALF-finansierade postdoktjänster med 30 procent forskningstid. Problem med att utnyttja forskningsmedel i tid nämndes också. Forskningsmedel som inkommer efter att planering och schemaläggning är fastställd, är svåra att nyttja inom bidragstiden. De disputerade forskarna anser att det behövs ett kulturskifte på klinikerna, som innebär att både forskning och klinisk tjänstgöring värderas lika högt.

Även docenterna nämner att de till viss del behöver forska på fritiden. De vittnar om att det alltid är en utmaning att använda forskningstiden. Det råder stor konkurrens mellan de kliniska behoven och forskningen. Men till skillnad från forskarstudenterna och de disputerade forskarna ansåg docenterna att det främst är upp till dem som individer att freda forskningstiden. Docenterna konstaterade att det krävs medel för att kunna anställa någon som hanterar det administrativa arbetet (koordinator, forskningsmanager med mera.) för att kunna få tid till att faktiskt forska och genomföra kliniska studier. Docenterna anser att deras forskning för närvarande inte är integrerad i den kliniska verksamheten, utan att den är en parallell verksamhet som till övervägande del finansieras med externa medel.

Docenterna framförde åsikten att regionledningarna förmodligen ser forskning som en integrerad del, men att verksamhetsledningen på sjukhusen i första hand ser till den kliniska verksamhetens behov. Därför anser docenterna att universitetssjukhusen åtminstone borde ha forskarutbildade personer i sjukhusledningen. De nämnde också att det behövs ett bättre samarbete mellan klinikerna och universiteten – de saknar idag kunskap om villkoren för varandras verksamheter.

Professorerna ansåg att svårigheten med att få tid till forskning delvis är ett ledningsproblem, där ledningen inte fullt ut stödjer forskning och forskningstid. Professorerna själva har inget problem att lägga tid på forskning, något som de menar hänger ihop med titeln. Svårigheten att kunna lägga tid på forskning hörs oftast från yngre forskare, menar de. Några professorer ansåg att det hänger ihop med att den yngre generationen idag prioriterar att bli duktiga kliniker, och att det inte är uppenbart för dem att forskning gör dem till bättre kliniker. Professorerna menade vidare att det inte nödvändigtvis är formella hinder på kliniken som motverkar tid till forskning, utan snarare viljan att i första hand bli en bra kliniker samt oförmågan att sätta gränser för forskningstiden. Delade tjänster (kombinationstjänster) har stor betydelse, ansåg de, men långt ifrån alla kliniska forskare har sådana tjänster. Problemet för seniora forskare, enligt professorerna, är att administration tar tid från forskning när man är forskningsledare. I diskussionen konstaterades att någonstans har den naturliga kopplingen mellan att vara en bra kliniker och forskare försvunnit.

Mobilitet bland kliniska forskare/forskarstudenter

Några av forskarstudenterna hade en önskan om att tillbringa tid utomlands. Någon hade beviljats stipendium för ett par veckors utlandsvistelse, en annan hade inlett internationellt samarbete men inte tid att åka iväg på en utlandsvistelse. Det finns stödstrukturer för att delta i internationellt utbyte, men det hänger i stort sett på en själv att söka information om det, menade de. Någon uttryckte att kliniken kanske saknar incitament för att släppa iväg sina medarbetare på grund av personalbehovet på kliniken. Men överlag så menade forskarstudenterna att familjesituationen kan vara det största hindret för att åka iväg utomlands och att det kräver mycket administrativt arbete för att komma iväg.

De disputerade forskarna ansåg att det är viktigt med mobilitet, men likt forskarstudenterna ansåg de att familjesituationen kan begränsa möjligheten att åka iväg. Dessutom ansåg de att det är svårt att vara borta en längre tid med tanke på det ansvar som de har på kliniken. Ett förslag som nämndes var att dela upp utlandsvistelsen i kortare perioder (ett par månader i taget). Någon av de disputerade hade gjort en postdok, men på samma arbetsplats och ett par personer planerade att göra postdok utomlands. Överlag verkar det saknas stöd från organisationerna om hur man praktiskt skapar möjlighet till utlandsvistelser. Det går dock att skapa och underhålla internationella nätverk utan att vara fysiskt mobil, menade de disputerade forskarna, eftersom internationella kontakter är en del av forskningens vardag. Anslag som forskarmånader för internationell mobilitet efterfrågades. Ett annat förslag som nämndes var att man från organisationerna skulle kunna stödja internationell mobilitet genom någon form av samarbetsprogram. Vidare menade gruppen disputerade att det finns stor förbättringspotential när det gäller integrering av mobilitet i den kliniska tjänsten, då man idag oftast behöver ta tjänstledigt och finansiera utlandsvistelsen med stipendier. Slutligen tyckte de att hälso- och sjukvårdsorganisationen måste få en större förståelse för att internationell postdok är ett naturligt steg för kliniska forskare.

Ett par i docentgruppen hade egen erfarenhet av mobilitet, men flera av deltagarna har varit på samma arbetsplats hela karriären. Ett exempel som nämndes på lyckad modell för att få in mobilitet tidigt i karriären, är en nationell forskarskola inom allmänmedicin där man kan göra en internationell vistelse under sin doktorandtid. Det är inte ovanligt att de som genomgått forskarskolan också gör en postdok utomlands.

Docenterna diskuterade att mobilitet inte enbart behöver handla om fysisk mobilitet. De ansåg att det är viktigt med mobilitet för att utveckla sin forskningslinje och sina metoder, men att detta också kan göras digitalt. Därför bör andra sätt, bättre anpassade till de kliniska forskarnas vardag, undersökas, ansåg de. Vidare menade en person i gruppen att det finns fördelar med att ha kvar sin bas på samma ställe, om man kan få till kortare vistelser i andra miljöer. På så sätt kan man utnyttja erfarenheterna från mobiliteten och utveckla den kliniska miljön där man är, menade hen.

Mobilitet är viktigt för att generera nya idéer och bidrar till utveckling av både forskning och vård, därför är det ett stort problem att mobiliteten är låg och till och med minskande, ansåg professorerna. Till skillnad från övriga grupper ansåg de att det är ovärderligt med fysisk mobilitet för att skapa kontakter och bygga upp nätverk, att det är mycket svårare digitalt. Att delta i större forskningsstudier är svårt om man endast är borta en kort period, ansåg de, men det är ändå bättre än att inte vara mobil alls. Professorerna ansåg att skälet till den låga mobiliteten är bristen på kliniskt verksamma forskare, vilket innebär att mobilitet inte blir en konkurrensfördel. Man är anställningsbar även utan den erfarenheten.

Professorerna nämnde att det är ovanligt att kliniskt verksamma forskare åker på längre utbyten, även om de har medel för det. Tidigare fanns möjlighet till en sabbatsperiod i tjänsten, men den möjligheten har tagits bort, enligt professorerna. Istället finns det numer medel att söka för sabbatsperioder, men det ser olika ut i olika regioner, menar de. I diskussionen nämndes också att det varierar mellan regionerna hur tillåtande det lokala ALF-systemet är för att kunna använda ALF-finansiering till mobilitet. Det finns idag, enligt professorerna, inte tillräckliga incitament för att locka internationella forskare till Sverige och för dem som kommer tar det lång tid att komma igång även om de har finansiering. Professorerna anser att sjukhus och universitet behöver bättre system för att ta hand om forskare som kommer till Sverige, s.k. ”onboarding”.

Tillgång till forskningsinfrastrukturer

Forskarstudenterna i gruppen använder forskningsinfrastrukturer i varierande grad. En bedriver inte den typ av forskning som kräver stöd från forskningsinfrastrukturer. En annan använder lokala infrastrukturstöd som forskningslabb, forskningssjuksköterska och biobank. Men ingen i gruppen använde nationella forskningsinfrastrukturer som exempelvis Scilife lab och MaxIV och har heller inte fått information om hur man kan använda dem. Erfarenheterna av olika typer av forskningsinfrastrukturer varierade bland gruppen disputerade forskare, men behovet av de nationella infrastrukturerna verkar inte vara särskilt stort. Problem med tillgång till forskningsdata nämndes, likväl som den administrativa bördan som till exempel ansökningar till biobanker innebär. Den administrativa bördan som åligger kliniska forskare är enormt tidskrävande, där behövs mer stöd, anser de disputerade forskarna. De menade att infrastrukturer för forskningsdata fungerar betydligt sämre än t.ex. infrastrukturer för provanalys.

Fokusgruppen med docenter menade att det läggs för stort fokus på centrala infrastrukturer ämnade för experimentell forskning, men för lite på att skapa mer lokala och klinisknära infrastrukturer. En person i gruppen berättade att de har bra infrastrukturer på sina kliniska forskningscentra, där den mesta patientnära forskningen genomförs. Men de exkluderar befolkningen utanför dessa centra. En de-centraliserad modell skulle öka tillgången till patienter i hela regionen, ansåg hen. Något som togs upp från en annan region var att de tvingas tacka nej

till kliniska multicenter-studier eftersom det inte finns lokal infrastruktur tillgänglig.

Det finns centrala infrastrukturnoder för klinisk forskning (exempelvis UCR i Uppsala och Gothia forum i Göteborg) men professorerna ansåg att det behövs fler lokala strukturer. Enligt dem ser det olika ut inom olika regioner och områden. Alla känner inte till befintliga strukturer samtidigt som det nuvarande stödet i vissa fall inte räcker till alla som behöver det.

Medskick för att stärka den kliniska forskningens förutsättningar i Sverige

Forskarstudenterna lämnade synpunkter på förändringar som måste till på systemnivå för att förmå fler att engagera sig i forskning. Framförallt menade de att det behövs mer tid till forskning, en tydligare och stabilare finansiering samt bättre planering, både på regional- och klinisknivå. ALF-finansierade forskartjänster ger bra förutsättningar och villkor för forskning, men de är för få ansåg forskarstudenterna. De framförde också att det behövs mer personal generellt om det ska gå att kombinera klinisk tjänstgöring med forskning. Vidare menade de att kunskapen om den kliniska forskningens betydelse för utveckling av vården är låg, bland både medarbetare och chefer. Informationsträffar på nationell eller regional nivå efterfrågades, med fokus på hur forskning kan bedrivas i vården. Slutligen framförde de att en miljö där forskning och kliniskt arbete är integrerade, är en konkurrensfördel när det kommer till att attrahera och behålla kompetent personal för alla regioner.

Disputerade forskare lyfte fram tydligare karriärvägar som en mycket viktig förutsättning för klinisk forskning i Sverige. De ansåg att det behövs långsiktighet, stabilare finansiering och en tydlig väg framåt för de som forskarutbildar sig. Det behöver även framgå tydligt att forskningstid är en integrerad del i den kliniska tjänsten för klinisk forskare. Vidare ansåg de disputerade forskarna att stöd och långsiktighet är extra viktigt i den tidiga postdok-perioden, annars finns risken att många inte fortsätter med klinisk forskning efter disputationen. De föreslog att formella kombinationstjänster med lektorat bör byggas ut och att forskningskulturen behöver stärkas med god integration mellan klinik och universitet. Det nämndes att på många ställen saknas incitament för att meritera sig för en docentur.

En annan fråga som lyftes är att det behövs bättre stöd som möjliggör snabbare och enklare tillgång till forskningsdata, samt stödstrukturer som kan bistå forskarna med att hantera det administrativa arbetet. Gruppen framförde också att forskningsbidragens nyttjandetid borde förlängas över budgetplaneringens årscykler. Docenterna ansåg att den kliniska forskningen måste ske där vården bedrivs. Därför behövs mer kliniknära infrastrukturer, bland annat för inkludering av patienter. De lyfte också att forskningstiden måste värnas för att balansen ska bli bättre mellan kliniskt arbete och forskning. De anser att det behövs mycket bättre samverkan mellan universitet och klinik för att klinisk forskning ska ses som en naturlig del av det kliniska arbetet. Vidare menade de

att försörjningen av doktorander behöver bli enklare om återväxten av kliniska forskare ska kunna säkras. Slutligen efterfrågade de större insikt och krismedvetenhet om att en förändring av systemet för klinisk forskning måste till. Man måste våga ändra styrsystemen och incitamenten fundamentalt, annars kommer svensk forskning fortsätta halka efter norsk och dansk forskning, enligt docenterna.

Professorerna anser att Sverige behöver arbeta mer med att stärka incitamenten för klinisk forskning och med att freda forskningstiden, t.ex. genom att tillsätta fler kombinationstjänster vilket är särskilt viktigt för yngre forskare. Professorerna efterfrågade en modell för patientrekrytering lik den i Finland, där patienten får säga till om man inte vill delta i studier men utgångspunkten är att man är tillgänglig för klinisk forskning. Ett enhetligt nationellt system för åtkomst till hälsodata samt en översyn och ändring av patientdatalagen vore därför välkommet, ansåg de. Professorerna ansåg också att det är viktigt med starka forskningscentra där man kan få hjälp både med design, större studier och administration. Nya forskningsområden behöver mer strukturellt stöd, ansåg de, för att kunna bygga upp en kritisk massa av kliniska forskare och klinisk forskning (t.ex. akutsjukvård och primärvård).

Sammanfattningsvis förmedlar deltagarna i fokusgrupperna följande när det gäller den kliniska forskningens förutsättningar:

- Kliniska forskare drivs huvudsakligen av inre motivation, såsom nyfikenhet och önskan att bidra till bättre, evidensbaserad vård.
- Tid till forskning behöver integreras mer i den kliniska verksamheten.
- Karriärvägarna upplevs av forskarna som otydliga.
- Två önskemål från forskarna är att bemanningen på kliniken tar hänsyn till att det ska vara möjligt att bedriva klinisk forskning och att bidragsperioderna blir längre för att bättre balansera det kliniska arbetet mot forskningen.
- Bättre administrativt stöd efterfrågas av forskarna för att effektivisera forskningstiden.
- Fysiska utbyten underlättar men är inte nödvändiga för att forskare ska kunna skapa och underhålla internationella nätverk. Professorernas syn avviker: De anser att fysisk mobilitet är ovärderligt och avgörande för att generera nya idéer.

9 Analys och diskussion

En av de viktigaste förutsättningarna för att kunna ägna sig åt klinisk forskning är att man får tid till att göra det parallellt med sitt kliniska arbete. Vår analys visar att nästan 30 procent av de kliniska forskarna i ALF-regionerna anger att de inte har någon kontrakterad tid till forskning alls. Samtidigt visar resultaten att närmare 90 procent av alla forskare ändå lägger tid på forskning. Analysen visar inte om detta innebär att kliniska forskare forskar på sin fritid eller om de har möjlighet att forska inom sin kliniska tjänst trots att det inte är en del av anställningskontraktet. Av fritextsvaren och fokusgrupperna framgår däremot att forskning bedrivs på fritiden, men vi kan inte uttala oss om hur omfattande det är. Vår analys visar att det främst är juniora forskare som inte har någon kontrakterad forskningstid. Nuvarande system riskerar således att missgynna juniora forskare. Att i högre utsträckning formalisera forskningstid i anställningskontrakt kan vara ett sätt att säkerställa forskningstiden.

Statistiken om forskningstid visar också att det verkar vara svårt att hinna med att forska mer än 50 procent av en heltid. För de som har mer än 50 procent kontrakterad forskningstid är den faktiska tiden till forskning i genomsnitt lägre än den kontrakterade tiden.

Pandemin påverkade både forskare och forskarstudenter negativt. Över hälften av forskarna rapporterade att kunde lägga mindre tid på forskning än planerat. Mer än en tredjedel av forskarstudenterna rapporterade att de kunde lägga mindre tid än planerat på sina forskarstudier. Det kan tyda på att resiliensen inom sjukvården är låg när det kommer kriser, något som skulle behöva adresseras särskilt. Vid framtida pandemier kan det snarare behövas mer tid till klinisk forskning, för att sjukvården snabbt ska kunna införa effektiva åtgärder i syfte att mildra sjukdom och förhindra smittspridning.

Majoriteten av de som har svarat på enkäten är läkare, näst störst är kategorin annan hälso- och sjukvårdspersonal. En mindre andel av respondenterna har inte någon hälso- och sjukvårdsprofession. Den största andelen som tillhör ”annan hälso- och sjukvårdspersonal” utgörs av forskarstudenter, som har en högre representation bland kvinnor. Att det blir fler forskare med annan hälso- och sjukvårdsbakgrund än läkare, kan leda till att nya perspektiv och att andra frågeställningar belyses inom den kliniska forskningen.

Sedan år 2001 är det fler kvinnor än män för varje år som disputerar inom medicinområdet¹⁸. Bland juniora forskare finns en tydlig övervikt av kvinnor, medan det är fler män bland professorerna. Det är också fler män som får ALF-medel, främst genom öppna utlysningar, vilket delvis förklaras med att ALF-medlen i hög grad går till professorer. I diskussionerna med fokusgrupperna

¹⁸ [Det bekräftas också av UKÄ:s officiella statistik över de som disputerat inom forskningsämnet medicin och hälso-vetenskap under och före år 2000.](#)

framgick att det är lättare att få forskningstid om man har beviljats ALF-medel eller externa forskningsmedel, i synnerhet för forskarstudenter och disputerade. Våra data visar dock att ALF-medel i öppna utlysningar i högre grad går till professorer, som redan har forskningstid som en del av sin anställning och därmed har lättare att söka externa medel, än mer juniora forskare och forskarstudenter. Här finns en möjlighet för ALF-regionerna att rikta ALF-medel så att de framförallt används till stöd för forskarstudenter och disputerade, men även till de som avancerat akademiskt till docentnivå. Att rikta öppna utlysningar av ALF-medel mot denna grupp av forskare skulle förbättra situationen för kliniska forskare som försöker etablera en forskarkarriär efter disputation och skapa incitament för klinisk forskning.

Vidare kan vi notera att det är många forskare som inte har någon tidigare erfarenhet av att vara handledare, men att det är fler som är handledare nu. Vanligast är att man är biträdande handledare. Det flesta forskarstudenter är nöjda med sin tilldelning av handledningstid. Samtidigt är det över en tredjedel av forskarstudenterna anger att de till viss del eller i hög grad behöver mer tid med sin handledare. Det tar typiskt sett lång tid för kliniska forskarstudenter att disputera. En möjlig väg att korta tiden fram till disputation, utöver att säkerställa tillräckligt med forskningstid, skulle kunna vara genom att säkerställa att de har tillgång till handledning i den grad de behöver, för att underlätta doktorandarbetet. Bland både professorer och docenter är det en relativt liten andel som inte handleder för närvarande. Nästan var femte professor är dock endast bihandledare för närvarande. Här finns eventuellt utrymme att utnyttja handledarkompetensen bättre.

Ett område som lyfts fram i den senaste ALF-utvärderingen är att Sverige behöver fler och större nationella och internationella samarbeten inom klinisk forskning. I analysen av enkätsvaren framkommer att knappt hälften av de kliniska forskarna i Sverige har bytt miljö minst en gång. Professorer och docenter har i större utsträckning varit mobila än gruppen disputerade. Detta tyder på att mobilitet var viktigare tidigare, eller att mobilitet kommer med åren. Det kan även vara så att för att bli kvar inom akademien tillräckligt länge för att nå docent- eller professorsgrad, så underlättar eller kanske till och med förutsätts att man har varit mobil vid något tillfälle i sin karriär.

I fokusgruppdiskussionerna framkommer det även att synen på om mobilitet är nödvändigt för den kliniska forskarkarriären varierar mellan juniora forskare och professorer. Forskarstudenter och mer juniora forskare framhåller att även om fysiska utbyten är önskvärt, så är de inte nödvändiga för att skapa och underhålla internationella nätverk. Professorerna anser däremot att fysisk mobilitet är ovärderligt och avgörande för att generera nya idéer. Denna skillnad kan bero att det idag är lättare att ha kontakt med forskare runt om i världen via digitala kanaler, vilket kanske är mer naturligt för yngre forskare. En omständighet som försvårar längre utlandsvistelser är att det kan finnas en medföljande familj som också behöver en tillfredsställande livssituation. Dessutom nämndes det vid några av fokusgruppsintervjuerna att det finns en risk med mobilitet, att man tappar den position som man uppnått på kliniken och att den inte kvarstår om man tar tjänstledigt en period. Samtidigt var det många som ställde sig positiva

till att ha en kortare period i en annan forskningsmiljö, företrädesvis utomlands, för att få nya erfarenheter och vidga sitt nätverk. Hur utformningen av stöd och villkor för mobilitet ska utformas, samt om mobilitet faktiskt leder till högre vetenskaplig kvalitet inom den kliniska forskningen behöver undersökas vidare.

I enkäten fick forskarna och forskarstudenterna bedöma förutsättningar för klinisk forskning, genom att ta ställning till ett antal påståenden. Forskarna och forskarstudenterna anser att de forskningsförutsättningar som nämndes, det vill säga, tillgång till forskningsinfrastrukturer, tid till forskning, karriärutveckling och incitament till klinisk forskning, är viktiga. De anser däremot att de i betydlig lägre grad är implementerade i ALF-regionerna. Det skiljer ganska lite mellan disputerade, docenter och professorer i bedömningen av vad som är viktigt respektive vad som anses implementerat. Det som skiljer något är forskarstudenternas bedömningar, som överlag är mindre positiva än de seniora kollegornas, både när det gäller att förutsättningarna är viktiga och implementerade.

Ett avvikande mönster som framträder tydligt är att respondenterna inte anser att det är så viktigt att ha stöd för att använda nationella infrastrukturer som ESS, MAX IV och SciLifeLab. Det gäller särskilt forskarstudenterna. En anledning till att det värderas lägre skulle kunna vara att det saknas kunskap om vilken forskning som kan bedrivas med stöd av de nationella infrastrukturerna samt hur man får tillgång till dessa.

Vid en uppdelning av analysen på kön framkommer däremot några större skillnader. Det gäller påståendet om att ”jämsällldhet och genusperspektiv tas upp för att säkerställa att forskningsmöjligheter är lika för alla behöriga forskare”. Kvinnor bedömer detta som mycket viktigare än män och att det är implementerat i mycket lägre grad än män. Samma mönster ser vi för påståendet ”mångfald (dvs ålder, kön, bakgrund etc.) bland kliniska forskare främjas på alla nivåer i vårdorganisationen”, vilket kvinnor också bedömer som mycket viktigare än vad män gör och bedömer att det är implementerat i lägre grad än vad män anser. En viss osäkerhet finns samtidigt då många kvinnor, 25 procent, avstod att bedöma implementeringen av jämsällldhet och mångfald i deras respektive organisationer.

Under fokusgruppsintervjuerna framkom dessutom att några kvinnor ansåg att det är svårt att göra sin röst hörd som kvinna inom den kliniska forskningen, vid konferenser och publiceringar, framförallt inom mer mansdominerade områden. Statistiken visar också att det är oproportionerligt många professorer är män, och har varit så en längre tid, trots att kvinnor under många år utgjort majoriteten bland forskarstudenterna och disputerade. Det är rimligt att tolka det faktum att kvinnor anser att jämsällldhet är fortsatt viktigt och i lägre grad är implementerat i ljuset av detta. Skillnaderna i synen på jämsällldhet mellan kvinnor och män kan för övrigt även ses som ett problem i sig, där det kan finnas strukturella och kulturella hinder som motverkar kvinnors möjligheter att avancera i sina akademiska karriärer. Frågan om varför kvinnor fortsatt är underrepresenterade bland professorer kan behöva utredas särskilt.

Fler kvinnor än män tillhör kategorin annan hälso- och sjukvårdsprofession, vilket delvis kan förklara varför kvinnor bedömer påståendet om mångfald som mycket viktigare än män. Under fokusgruppsintervjuerna berättade några som tillhör denna kategori att det finns brister vad gäller stöd och förståelse för forskning genomförd av dem. Bristen på mångfald var också något som togs upp av ALF-panelen i utvärderingen av den kliniska forskningens förutsättningar 2023. Mångfald i det här sammanhanget innefattar personer med olika hälso- och sjukvårdsprofessioner, olika etnisk och social bakgrund, i skiftande åldrar, inklusive funktionsnedsättningar och hbtqi-variationer. Panelen såg det som mycket viktigt att stärka mångfalden bland forskarna och bland deltagare i forskningsstudier. Panelen menade att det finns en risk att deltagare inte rekryteras från alla delar av befolkningen, vilket kan leda till att forskningsresultaten inte är generaliserbara till hela befolkningen i Sverige.

När vi analyserar skillnaderna på totalen mellan vad samtliga forskare anser är viktiga förutsättningar och i vilken grad dessa förutsättningar är implementerade i organisationerna, så framträder den största skillnaden för påståendet ”det finns specifika incitament för att uppmuntra sjukvårdspersonal att göra en klinisk forskarkarriär”. Stora skillnader ses också för påståenden om ”incitament för forskarutbildning”, ”incitament som meriterar forskning” och ”kontinuerlig fortbildning för forskare”. Även påståendena om karriärmodeller för kliniska forskare samt att ”ledningen säkerställer forskningstid” visar på stora skillnader när det gäller forskarnas och forskarstudenternas bedömning om att de är viktiga och om de är implementerade.

I våra analyser framträder en bild av att det saknas en kultur som värderar klinisk forskning inom hälso- och sjukvården. De kliniska forskarna efterfrågar en kultur som stödjer klinisk forskning som en naturlig del av den kliniska verksamhetens vardag i Sverige.

Vid fokusgruppsintervjuerna nämndes att det finns behov av ökat administrativt stöd för att bättre kunna utnyttja tiden till forskning. När det gäller tid till forskning så var alla akademiska nivåer helt eniga om att ledningen borde ta ett större ansvar för att säkra tiden till forskning, bland annat genom att utveckla schemalaggingen. Det bekräftas också av statistiken rörande forskarnas bedömning av vilka förutsättningar som är viktiga. Påståendet ”ledningen tar ansvar för att säkerställa att tid beviljad för klinisk forskning kan genomföras i kombination med kliniskt arbete”, ansågs som en mycket viktig förutsättning, men bedömdes i mycket lägre grad vara implementerat. Framförallt forskarstudenter och disputerade upplever att bemanningen för det kliniska arbetet inte ger utrymme för forskning. En del av problemet är att forskningsfinansiering till klinisk forskning har för korta bidragsperioder, som inte tar hänsyn till att man arbetar kliniskt och forskar parallellt. Att ha tillgång till ALF-medel anser många av de tillfrågade forskarna förbättrar möjligheten att bedriva klinisk forskning och förenklar tillgången till forskningstid.

Forskarna skriver i fritextsvaren bland annat att de uppfattar karriärvägen från forskarstudent till etablerad klinisk forskare som otydlig, inte minst efter disputation. De skriver också att det är inneboende drivkrafter som är avgörande

för att påbörja och bibehålla en forskarkarriär, eftersom de organisatoriska incitamenten är svaga. Denna bild framkom också under fokusgruppsintervjuerna. Att vara driven av en stark inre motivation som forskare är förvisso en förutsättning i sig. Samtidigt innebär forskningsuppgifter en extra arbetsbörda i den hårt pressade kliniska vardagen. Då är det avgörande att verksamheten inte sätter upp fler hinder, i form av bristande förståelse och svaga eller obefintliga strukturer och incitament för klinisk forskning. I slutändan behöver hälso- och sjukvården klinisk forskning för att kunna utvecklas, kvalitetssäkras och effektiviseras för en jämlik och tillgänglig vård för alla patienter i Sverige.

Avslutningsvis vill vi påpeka att i Hälso- och sjukvårdslagen¹⁹ framgår att ”regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete”. Detta tydliga lagstadgade krav ger ytterligare stöd till att den kliniska forskningens förutsättningar behöver stärkas, inte minst genom att säkerställa tid till att genomföra forskning. Det finns också behov att skapa nya karriärvägar för att möjliggöra kompetensförsörjning inom klinisk forskning, med särskilda forskaranställningar, liksom postdoktorala anställningar och kombinerade kliniska forskningsanställningar för olika yrkeskategorier.

¹⁹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 18 kap 2§

BILAGOR

Bilaga 1

Förutsättningar för klinisk forskning uttryckta som mål i ALF-utvärderingen²⁰ av den kliniska forskningens förutsättningar i ALF-regionerna.

1. Tillgång till forskningsinfrastrukturer

I vilken utsträckning ALF-regionen säkerställer att kliniska forskare har tillgång till nödvändiga forskningsinfrastrukturer (RI) för att möjliggöra klinisk forskning av högsta kvalitet.

1.1 ALF-regionen har tagit fram strategier för att säkra kort- och långsiktig tillgänglighet till relevant och nödvändig FI för klinisk forskning.

1.2 ALF-regionen har samordnat lämplig förvaltning och underhåll av RI och tillhandahåller stödfunktioner och kvalitetssäkringsrutiner för att möjliggöra korrekt användning av RI för klinisk forskning.

1.3 ALF-regionen har implementerat strategier för att prioritera, samordna och säkra kort- och långsiktig finansiering av RI inklusive transparenta och kostnadseffektiva användaravgifter.

1.4 ALF-regionen har pågående samarbeten med andra svenska universitet och regioner för att säkra tillgången till större och dyrare RI (state-of-the-art) med lämplig kompetens.

1.5 ALF-regionen uppmuntrar och stöder aktivt sina kliniska forskare att använda stora nationella RI, såsom SciLifeLab, ESS och MaxIV.

2. Tid till forskning

I vilken utsträckning ALF-regionen säkerställer att kliniska forskare har tilldelats tillräckligt med tid för att vid sidan av sitt kliniska arbete utföra klinisk forskning av högsta kvalitet och att tilldelad tid kan användas enligt plan.

2.1 Vårdorganisationen har nödvändiga resurser och personal för att säkerställa att klinisk forskning och klinisk forskarutbildning kan bedrivas vid sidan av det kliniska arbetet.

²⁰ [Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet 2023 års utvärderingsrapport, Vetenskapsrådet 2023](#)

2.2 ALF-regionen har möjliggjort en akademisk karriär vid sidan av kliniskt arbete i samverkan mellan sjukvården och medicinska fakulteten för att säkerställa tid för forskning, vilket innefattar kombinerade tjänster och/eller olika typer av gemensamma tjänster för klinisk forskning med kliniskt arbete.

3. Karriärutveckling för kliniska forskare

I vilken utsträckning ALF-regionen har etablerat karriärutvecklingsmodeller som gör det möjligt för kliniska forskare inom alla vårdprofessioner att göra en klinisk forskarkarriär.

3.1 ALF-regionen har väletablerade modeller för kliniska forskares karriärutveckling i samverkan mellan sjukvården och medicinska fakulteten.

3.2 ALF-regionen har en modell för att uppmuntra, möjliggöra och stödja kliniska forskares mobilitetsmöjligheter att bedriva en internationell eller nationell post doc eller en sabbatsperiod.

3.3 Jämställdhet främjas aktivt på alla nivåer och genusperspektiv tas upp för att säkerställa jämställdhet för kliniska forskare inom vårdorganisationen och vid den medicinska fakulteten vid universitetet.

3.4 ALF-regionen ger möjligheter och säkerställer kontinuerlig forskningskompetensutveckling under hela karriären i ALF-regionen.

4. Incitament för klinisk forskning

I vilken utsträckning ALF-regionen har implementerat incitamentsstrukturer för att integrera klinisk forskning i hela vårdorganisationen.

4.1 ALF-regionen har utvecklat och integrerat incitament som främjar akademisk kompetens inom klinisk forskning på alla nivåer i vårdorganisationen.

4.2 ALF-regionen har utvecklat specifika incitament för att uppmuntra vårdpersonal att bli doktorander och göra en klinisk forskarkarriär, där akademiska meriter belönas under hela karriären.

4.3 ALF-regionen främjar aktivt mångfald bland kliniska forskare på alla nivåer i vårdorganisationen, med incitament och specifikt stöd som möjliggör och uppmuntrar kliniska forskarkarriärer för människor i olika skeden av livet under arbetslivet och som kommer från olika bakgrunder.

Bilaga 2: Metod

I denna rapport presenterar vi analyser av kvantitativt material från en enkätundersökning. Detta material har vi kompletterat med en sammanställning av fritextsvar i enkäterna samt med fokusgruppsintervjuer.

Enkätundersökning

Enkätundersökningen riktade sig till kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna och genomfördes i två steg. I det första steget gjordes en kartläggning för att fastställa populationen inför den följande huvudundersökningen. Kartläggningen gjordes med en enkät, som skickades till samtliga kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna, baserat på respondentlistor inskickade av ALF-regionerna. Dessa respondentlistor sammanställdes av respektive ALF-region och baserades på registeruppgifter och andra tillgängliga källor. Respondentlistorna var uppdelad på kliniska forskare och forskarstudenter för varje ALF-region och de två respondentgrupperna fick separata frågeformulär, eftersom det i vissa delar varierade vilka frågor som var relevanta att ställa. Kartläggningsenkäten innehöll frågor om respondentens status som klinisk forskare eller forskarstudent, kön, akademisk tillhörighet, sjukvårdsyrke, akademisk titel och forskningsfält. Baserat på resultaten från kartläggningen drogs ett stratifierat och randomiserat urval av respondenter från forskarenkäten med 5 procents felmarginal och ett konfidensintervall på 95 procent för huvudundersökningen. Detta urval stratifierades på akademisk titel, för att ge ett representativt urval med avseende på karriärålder: disputerade, docenter och professorer. Professorer utgör en mindre andel av populationen kliniska forskare. För att få tillräckligt med statistiskt styrka, gjordes ett utökad urval av professorer. Det innebär att vi, för att kunna göra statistiska analyser uppdelade på akademisk titel, har ett större antal professorer i urvalet, än vad som är direkt motiverat av deras andel av totala populationen kliniska forskare. Totalt sett har vi ungefär lika många respondenter i de tre kategorierna disputerade forskare, docenter och professorer. Vi drog ett motsvarande randomiserat urval av forskarstudenterna. Urvalet av både forskare och forskarstudenter stratifierades även per ALF-region. Huvudenkäten skickades ut till de randomiserade urvalen.

Huvudundersökningen består av frågor relaterade till de kliniska forskarnas och forskarstudenternas bakgrund inklusive deras nuvarande situation, vad gäller möjligheterna att bedriva forskning. Där ingår även frågor om deras syn på de nuvarande förutsättningarna för tillgång till forskningsinfrastruktur²¹, tid till forskning, karriärmodeller för klinisk forskning och incitament som främjar en karriär som klinisk forskare.

De analyser som görs i denna rapport, baseras på det samlade underlaget från både kartläggningen och huvudundersökningen, för de respondenter som besvarat båda delarna.

²¹ Se RI-listans definition

Tabell 11 visar svarsfrekvensen uppdelat på forskarenkäten, enkäten till forskarstudenterna och totalt.

Tabell 11: Antal respondenter (totalt på listorna från ALF-regionerna), svarsfrekvens på nationell nivå för kartläggningsundersökningen, antal respondenter i de stratifierade och randomiserade urvalen för huvudundersökningen samt svarsfrekvens för huvudundersökningen.

Respondenter	Respondenter på listor från ALF-regioner (antal individer)	Kartläggning: svarsfrekvens (antal/procent)	Urval till huvudenkät (antal)	Huvudenkät: svarsfrekvens (antal/procent)
Forskare	5706	3708 / 65	2293	1715 / 75
Forskarstudenter	3783	2074 / 55	1029	686 / 67
Total	9489	5782 / 61	3322	2401 / 72

Bortfallet är måttligt, men motiverade en bortfallsanalys. Vi fann att professorer har besvarat enkäten i större utsträckning och läkare i lägre utsträckning. Det finns även en skillnad i svarsfrekvens mellan olika regioner, men förutom att respondenter i Västra Götaland i lägre utsträckning besvarat enkäten, så är dessa skillnader så små att de, även om de är statistiskt signifikanta, saknar praktisk betydelse.

95 procentiga konfidensintervall innebär att risken för slumpmässig statistisk signifikans är en på tjugo, det vill säga liten, men inte helt försumbar. I genomsnitt vart tjugonde statistiskt test som görs, kommer visa ”falskt positivt”, vilket innebär att ju fler statistiska test som görs, desto lägre blir tillförlitligheten. Därför testas inte statistisk signifikans för alla analyser i rapporten, utan bara när det är relevant, till exempel när det är rimligt att anta att svaren varierar systematiskt med strata eller när det interna bortfallet är stort (mer om internt bortfall nedan).

När det är relevant att testa statistisk signifikans, så görs detta genom regressionsanalys, med kontrollvariabler för akademisk titel, region och grupperad profession (läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal samt ej hälso- och sjukvårdspersonal). Därmed justeras skattningarna för stratifiering på akademisk titel och region och för utökad urval av professorer. Det justeras också för systematiskt bortfall i form av att professorer i större utsträckning, forskare i Västra Götaland, samt läkare, i lägre utsträckning besvarat enkäten.

För attitydfrågorna finns även en slags internt bortfall, i form av NA-svar. Grupperad profession och karriärålder (mätt både som disputationår och med

akademisk titel) är signifikant associerat med att ha svarat NA på minst en attitydfråga. När det gäller profession, så har läkare i lägst utsträckning svarat NA. Ungefär hälften av läkarna har svarat NA på minst en attitydfråga, medan det är ungefär tre av fyra för både annan hälso- och sjukvårdspersonal och ej hälso- och sjukvårdspersonal som gjort detta. När det gäller akademisk titel och disputationår, så visar båda dessa att mer juniora i större utsträckning svarat NA. Forskarstudenterna har i mycket stor utsträckning (över 80 procent) svarat NA. Vi finner även att kvinnor i större utsträckning har svarat NA; detta drivs av forskarstudenterna. Sammantaget innebär detta att fler variabler ingår som kontrollvariabler vid test av statistisk signifikans som rör attitydfrågorna. Tabeller för NA-svaren finns i bilaga 3.

Eftersom enkätstudien är baserad på ett randomiserat urval, med relevant stratifiering, ger resultaten en representativ bild av kliniska forskare och forskarstudenter och hur de ser på sina förutsättningar att forska. Det innebär att vi kan dra slutsatser som gäller hela populationen kliniska forskare och forskarstudenter i ALF-regionerna.

Sammanställning av fritextsvar

I enkäten finns några öppna frågor och vi har sammanställt svaren på dessa frågor. Fritextfrågorna ställdes till både forskare och forskarstudenter.

Fritextfrågorna som ställdes var:

- Vilka är fördelarna med att vara klinisk forskare i din ALF-region när det gäller de förutsättningar som finns för klinisk forskning?
- Vad kan förbättras när det gäller förutsättningarna för klinisk forskning i din ALF-region?

Totalt fick vi 3604 fritextkommentarer. Materialet är således mycket omfattande. Därför har vi genomfört sammanställningen av dessa kommentarer med visst stöd av AI-tjänsten Chat GPT, som gjort en första sammanfattning av fritextsvaren.

Fokusgruppsintervjuer

Som ett komplement till det kvantitativa materialet och fritextsvaren från enkäterna, genomförde vi även fokusgruppsintervjuer med fördjupning inom några områden. Syftet med fokusgrupperna var att få svar på frågor som kan bidra till en fördjupad förståelse av hur kliniska forskare upplever sin situation i Sverige.

Vi bjöd in till fyra olika fokusgrupper, med deltagare från varje ALF-region. Grupperna delades in baserat på akademisk nivå, det vill säga separata grupper för forskarstudenter, disputerade forskare, docenter respektive professorer. Intervjuerna med fokusgrupperna gjordes digitalt (över Zoom) och tog ca en timme vardera. Personerna som deltog representerade inte sin ALF-region, utan bara sig själva i egenskap av forskare eller forskarstudent inom klinisk forskning i Sverige.

Frågorna som vi ställde rörde följande områden:

- varför man vill bli eller vara klinisk forskare
- hur man hinner med att vara klinisk forskare vid sidan av sin kliniska tjänst
- mobilitet
- tillgång till forskningsinfrastrukturer
- hur man kan stärka den kliniska forskningen i Sverige.

Vi har sammanställt intervjuerna per fokusgrupp, eftersom vi vill fånga diskussionen som fördes om hur de såg på sina förutsättningar för respektive akademisk nivå. Detta är rimligt och väsentligt, i ljuset av de variationer mellan akademisk nivå som framträder i det kvantitativa materialet.

Bilaga 3

Här presenteras tabeller för svar där respondenten avstått från att göra en bedömning och svarat ”ej tillämpligt (NA)” på påståenden om forskningens förutsättningar och i vilken grad dessa är viktiga för klinisk forskning respektive implementerade i verksamheten. Se kapitel 6.

Tabellerna är uppdelade på ”akademisk titel” och ”kön”. Den första tabellen visar svar som rör ifall påståendena är viktiga och den andra tabellen visar svar som rör om påståendet är implementerat i verksamheten.

Akademisk titel

Tabell 12: Bedömning av om förutsättning är viktig – svaren anger de som avstått från att bedöma och svarat ”inte tillämplig”, uppdelade på akademisk titel. (n=2401)

Viktig förutsättning	Inte tillämpligt Forskarstudenter	Inte tillämpligt Disputerad	Inte tillämpligt Docent	Inte tillämpligt Professor
Lättillgänglig FI	15,50%	3,90%	3,50%	1,00%
Stöd till nationell FI	39,50%	24,80%	17,70%	7,70%
Planerad tid till forskning	21,60%	10,30%	9,20%	6,40%
Klinisk forskningstjänst	23,00%	9,00%	9,20%	6,00%
Ledningen säkerställer forskningstid	24,80%	11,10%	8,70%	6,70%
Karriärmodell för klinisk forskning	4,80%	4,10%	3,40%	2,10%
Karriärmodell från student till professor	6,00%	4,20%	3,40%	2,70%

Viktig förutsättning	Inte tillämpligt Forskarstudenter	Inte tillämpligt Disputerad	Inte tillämpligt Docent	Inte tillämpligt Professor
Jämställdhet	6,30%	4,40%	3,70%	2,90%
Mobilitet för kliniska forskare	6,30%	5,60%	2,30%	2,10%
Kontinuerlig fortbildning för forskare	2,60%	2,70%	1,60%	1,30%
Incitament som meriterar forskning	3,90%	2,70%	1,80%	0,20%
Incitament för forskarutbildning	4,50%	3,50%	1,90%	0,80%
Incitament för klinisk forskning	5,00%	3,90%	2,30%	1,00%
Incitament för mångfald bland forskare	6,60%	5,20%	3,00%	2,10%

Tabell 13: Bedömning av implementering i organisationen – svaren anger de som avstått från att bedöma och svarat "inte tillämplig", uppdelade på akademisk titel. (n=2401)

Implementerad förutsättning	Inte tillämpligt Forskarstudenter	Inte tillämpligt Disputerad	Inte tillämpligt Docent	Inte tillämpligt Professor
Lättillgänglig FI	21,40%	5,70%	5,80%	2,50%
Stöd till nationell FI	50,70%	32,90%	26,40%	13,70%

Implementerad förutsättning	Inte tillämpligt Forskarstudenter	Inte tillämpligt Disputerad	Inte tillämpligt Docent	Inte tillämpligt Professor
Planerad tid till forskning	35,40%	20,40%	16,50%	10,80%
Klinisk forskningstjänst	39,10%	18,40%	15,80%	9,10%
Ledningen säkerställer forskningstid	42,60%	27,00%	19,10%	12,90%
Karriärmodell för klinisk forskning	13,70%	10,60%	7,80%	7,30%
Karriärmodell från student till professor	20,10%	12,70%	8,80%	7,50%
Jämställdhet	29,40%	25,80%	15,80%	10,00%
Mobilitet för kliniska forskare	30,50%	22,10%	14,90%	7,10%
Kontinuerlig fortbildning för forskare	20,40%	12,20%	8,30%	7,30%
Incitament som meriterar forskning	12,10%	5,90%	5,80%	3,50%
Incitament för forskarutbildning	14,40%	9,10%	7,80%	5,00%
Incitament för klinisk forskning	15,60%	10,00%	8,70%	4,80%

Implementerad förutsättning	Inte tillämpligt Forskarstudenter	Inte tillämpligt Disputerad	Inte tillämpligt Docent	Inte tillämpligt Professor
Incitament för mångfald bland forskare	28,30%	24,70%	17,30%	10,00%

Kön**Tabell 14: Bedömning av om förutsättning är viktig – svaren anger de som avstått från att bedöma och svarat ”inte tillämplig”, uppdelade på kön. (n=2401)**

Viktig förutsättning	Inte tillämplig Kvinnor	Inte tillämplig Män
Lättillgänglig FI	8,80%	4,30%
Stöd till nationell FI	29,60%	17,40%
Planerad tid till forskning	15,10%	10,00%
Klinisk forskningstjänst	15,00%	10,00%
Ledningen säkerställer forskningstid	15,90%	11,40%
Karriärmodell för klinisk forskning	4,60%	2,90%
Karriärmodell från student till professor	5,20%	3,40%
Jämställdhet	4,20%	4,90%
Mobilitet för kliniska forskare	5,40%	3,30%
Kontinuerlig fortbildning för forskare	2,90%	1,50%
Incitament som meriterar forskning	3,20%	1,50%
Incitament för forskarutbildning	4,20%	1,70%

Viktig förutsättning	Inte tillämplig Kvinnor	Inte tillämplig Män
Incitament för klinisk forskning	4,20%	2,40%
Incitament för mångfald bland forskare	5,00%	4,00%

Tabell 15: Bedömning av implementering i organisationen – svaren anger de som avstått från att bedöma och svarat ”inte tillämplig”, uppdelade på kön. (n=2401)

Implementerad förutsättning	Inte tillämplig - Kvinnor	Inte tillämplig - Män
Lättillgänglig FI	13,10%	6,40%
Stöd till nationell FI	39,70%	24,90%
Planerad tid till forskning	26,80%	16,60%
Klinisk forskningstjänst	26,80%	16,80%
Ledningen säkerställer forskningstid	32,80%	20,10%
Karriärmodell för klinisk forskning	12,80%	7,30%
Karriärmodell från student till professor	16,20%	9,40%
Jämställdhet	24,80%	17,30%
Mobilitet för kliniska forskare	24,40%	14,80%

Implementerad förutsättning	Inte tillämplig - Kvinnor	Inte tillämplig - Män
Kontinuerlig fortbildning för forskare	15,90%	9,60%
Incitament som meriterar forskning	9,00%	5,50%
Incitament för forskarutbildning	12,80%	6,00%
Incitament för klinisk forskning	13,50%	6,70%
Incitament för mångfald bland forskare	24,90%	16,80%

Bilaga 4: Enkäter till forskare och forskarstudenter

Nedan redovisas enkäterna som de formulerades i enkätformuläret som skickades ut under ALF-utvärderingen av den kliniska forskningens förutsättningar våren 2022.

De är på engelska och kommer i följande ordning:

- Mapping of clinical researchers
- Mapping of clinical research students
- Main survey to clinical researchers
- Main survey to clinical research students

Mapping of clinical researchers

1. Do you wish to participate in this survey? If you choose not to participate, select "No" and then click on "Next" in the bottom left corner of the page, and the survey will terminate.

- Yes
- No

2. Do you consider yourself to be a clinical researcher in an ongoing research project? The definition of clinical research in the ALF-agreement: "Clinical research refers to the kind of research that requires access to the structures and resources of the health services, and the aim of which is to solve a problem of ill-health or identify factors that lead to improved health."

- Yes, I am a researcher within the field of clinical research with an ongoing research project.
- Yes, I am a researcher within the field of clinical research, but have no current research project.
- No, I am not a researcher within the field of clinical research.
- Don't know/Not applicable

3. Where do you carry out your clinical research? Please select one of the ALF regions provided in the list

- Region Skåne/Lund University
- Region Uppsala/Uppsala University
- Region Örebro län/Örebro University
- Region Östergötland/Linköping University
- Region Stockholm/Karolinska Institutet
- Region Västerbotten/Umeå University
- Västra Götalandsregionen/Göteborg University
- Not applicable

4. Do you have a doctoral degree (PhD)?

- Yes
- No
- Not applicable

5. When were you awarded your doctoral degree?

[Numeric – field]

6. If you don't have a doctoral degree, but consider yourself to be a clinical researcher, please comment below

[Text – memo]

7. What is your gender?

- Female
- Male
- Don't wish to answer

8. Specify your academic affiliation: Please select one of the alternatives in the list.

- Lund University
- Uppsala University
- Örebro University
- Linköping University
- Karolinska Institutet

- Umeå University
- University of Gothenborg
- Other Swedish university, please specify
- Other university abroad, please specify
- No affiliation / Not applicable

9. What healthcare profession do you currently practice? Please select one of the alternatives below.

- Medical Doctor / Physician (Läkare)
- Midwife, Specialised Nurse, or Radiographer
- Psychologist and Psychotherapist
- Dentist
- Physiotherapist, Occupational Therapist, Naprapath or Chiropractor
- Pharmacist, Dietitian, Audiologist, Optician or Speech Therapist
- Biomedical Analyst, Prescriptionist, Orthopaedic Engineer or Medical Physicist
- Dental Hygienist
- I'm not a health care professional / Not applicable

10. What is your academic title/level?

- PhD
- Associate professor (Swedish docent)
- Professor
- Not applicable

11. In which area of research are you mainly engaged today? Please, indicate your main area of research in the list below. The alternatives are based on the Statistics Sweden (SCB) standard for research area classification for clinical medicine. If your area is outside of the SCB standard for clinical medicine please select one of the "other" alternatives.

- Anesthesiology and Intensive Care
- Hematology
- Cancer and Oncology
- Dermatology and Venereal Diseases
- Endocrinology and Diabetes
- Cardiac and Cardiovascular Systems
- Neurology
- Radiology, Nuclear Medicine and Medical Imaging
- Infectious Medicine
- Rheumatology and Autoimmunity
- Orthopedics
- Surgery
- Gastroenterology and Hepatology
- Urology and Nephrology
- Psychiatry

- Dentistry
- Ophthalmology
- Otorhinolaryngology
- Respiratory Medicine and Allergy
- Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine
- Pediatrics
- Geriatrics
- Clinical Laboratory Medicine
- General Medicine
- Other Clinical Medicine
- Other Basic Medical Science
- Other Health Science
- Other Medical Biotechnology
- Other Medical Engineering
- Other Medical and Health Sciences
- Other

12. Indicate your current employer(s) (Multiple choices are available)

- Region
- University
- Private sector
- Municipality
- Other
- None of the above / Not applicable

Mapping of research students

1. Do you wish to participate in this survey?

If you choose not to participate, simply select "No" and then click on "Next page" in the bottom right corner of the page, and the survey will terminate.

- Yes
- No

2. Do you consider yourself to be a clinical PhD student in an ongoing research project?

The definition of clinical research in the ALF-agreement: "Clinical research refers to the kind of research that requires access to the structures and resources of the health services, and the aim of which is to solve a problem of ill-health or identify factors that lead to improved health."

- Yes, I am a PhD student within the field of clinical research with an ongoing research project.
- Yes, I am a PhD student within the field of clinical research, but have no current research project.
- No, I have finished my PhD education within the last year.

- No, I am not a PhD student within the field of clinical research.
- Don't know/Not applicable

3. Where do/did you carry out your doctoral education in clinical research?

Please select one of the ALF regions provided in the list

- Region Skåne/Lund University
- Region Uppsala/Uppsala University
- Region Örebro län/Örebro University
- Region Östergötland/Linköping University
- Region Stockholm/Karolinska Institutet
- Region Västerbotten/Umeå University
- Västra Götalandsregionen/Göteborg University
- Not applicable

4. For how long have you been a PhD-student within clinical research?

- Less than 1 year
- Between 1 and 2 years
- Between 2 and 3 years
- Between 3 and 4 years
- Between 4 and 5 years
- More than 5 years
- Already have a PhD-degree
- Not applicable

5. For when is your dissertation planned?

- Less than 1 year
- Between 1 and 2 years
- Between 2 and 3 years
- Between 3 and 4 years
- Between 4 and 5 years
- More than 5 years
- Already have a PhD-degree
- Not applicable

6. What is your gender?

- Female
- Male
- Don't wish to answer

7. Which of the following healthcare professions are you practicing or trained as? Please select one of the alternatives below.

- Medical Doctor / Physician (Läkare)

- Midwife, Specialised Nurse, or Radiographer Psychologist and Psychotherapist
- Dentist
- Physiotherapist, Occupational Therapist, Naprapath or Chiropractor Pharmacist, Dietitian, Audiologist, Optician or Speech Therapist
- Biomedical Analyst, Prescriptionist, Orthopaedic Engineer or Medical Physicist Dental Hygienist
- I'm not a health care professional / Not applicable

8. In which area of research are you doing your doctoral education?

Please, indicate your main area of research in the list below.

The alternatives are based on the Statistics Sweden (SCB) standard for research area classification for clinical medicine. If your area is outside of the SCB standard for clinical medicine please select one of the "other" alternatives.

- Anesthesiology and Intensive Care
- Hematology
- Cancer and Oncology
- Dermatology and Venereal Diseases
- Endocrinology and Diabetes
- Cardiac and Cardiovascular Systems
- Neurology
- Radiology, Nuclear Medicine and Medical Imaging
- Infectious Medicine
- Rheumatology and Autoimmunity
- Orthopedics
- Surgery
- Gastroenterology and Hepatology
- Urology and Nephrology
- Psychiatry
- Dentistry
- Ophthalmology
- Otorhinolaryngology
- Respiratory Medicine and Allergy
- Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine
- Pediatrics
- Geriatrics
- Clinical Laboratory Medicine
- General Medicine
- Other Clinical Medicine
- Other Basic Medical Science
- Other Health Science
- Other Medical Biotechnology
- Other Medical Engineering
- Other Medical and Health Sciences
- Other

Main survey clinical researchers

1. Do you wish to participate in this survey?

If you choose not to participate, simply select "No" and then click on "Next page" in the bottom right corner of the page, and the survey will terminate.

- Yes
- No

Section 1 Background Information

In the first section, we ask questions regarding your workplace, funding, time for research, and research background.

2. Is it possible for clinical researchers to apply for ALF-funding in your ALF-region?

- Yes
- No
- Don't know / Not applicable
- Please, comment if you would like to add something [text - memo]

3. Are you currently (2021) receiving ALF-funding for clinical research?
(Multiple choices are available)

- Yes, through indicator-based allocation of funding from the ALF region
- Yes, through an open call for ALF-funding
- Yes, through other forms of ALF-funding
- No
- Don't know/Not applicable

4. How much funding do you receive annually on average (including ALF and other internal and external funding)?

(You can write the amount directly in the field below to the nearest 50.000 SEK. If you don't have an allocated research budget, or the question is not applicable to you, please indicate 0 in the field.)

[Numeric - field]

5. Do you work at a university hospital unit (universitetssjukvårdsenhet)?

- Yes
- No
- Don't know/Not applicable

6. How many PhD students are you currently the main supervisor for? Please, indicate in the field below.

[Numeric - field]

7. How many PhD students are you currently the co-supervisor for? Please, indicate in the field below.

[Numeric - field]

8. How many Ph.D. students have you been the main supervisor for throughout your career?

Only main supervision until the dissertation is finished is of interest for this question. Please indicate in the field below.

[Numeric - field]

9. How many Ph.D. students have you been the co-supervisor for throughout your career?

Only co-supervision until the dissertation is finished is of interest for this question. Please indicate in the field below.

[Numeric - field]

10. How much of your time has been contracted for research within your current employment (percent of full-time-equivalent)?

This includes combined posts (förenad anställning) and other forms of joint positions (kombinationsanställningar) as well as employment by one employer.

Please, indicate the percent of full-time equivalent contracted for research. If none or not applicable, indicate 0.

[Numeric - field]

11. How much time have you allocated overall, to clinical research on an average year (percent of full-time-equivalent)?

Please, indicate the percent of full-time equivalent allocated for research. If none or not applicable, indicate 0.

[Numeric - field]

12. How has the pandemic affected your time for research?

- Have been able to carry out my research according to plan
- Have been able to carry out more research than planned
- Have been able to carry out less research than planned
- Have not been able to carry out my research at all
- Not applicable
- Please, comment if you would like to add something

[Text - memo]

13. Where did you pursue your PhD education?

- In the same ALF region as I'm working in now.
- In an ALF region other than the one I'm working in now.
- At a Swedish university that is not part of an ALF region
- At a university abroad.
- I was both abroad and in Sweden
- Not applicable

14. Did you undertake one or more postdoctoral research periods?

- Yes
- I'm currently doing my postdoc
- No
- Not applicable

15. Where did/do you undertake your postdoctoral research period?

- In the same ALF region as I'm working in now.
- In an ALF region other than the one I'm working in now.
- At a Swedish university that is not part of an ALF region
- At a university abroad.
- I was both abroad and in Sweden
- Not applicable

16. How long did your postdoc period(s) last in total (full-time-equivalent)?

Please, indicate total number of months for all postdoc periods. If you are currently doing your postdoc, please indicate total number of months until present. If you didn't do a postdoc, or not applicable, indicate 0.

[Numeric - field]

17. Have you been away on an international sabbatical period during the last 4 years?

- Yes
- No
- Not applicable

18. How long was your longest consecutive sabbatical during this period?

Please, indicate total number of months for all sabbaticals. If no or not applicable, indicate 0.

[Numeric - field]

Section 2 Infrastructure

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high quality research, and assess to what extent you think that they are implemented in your organisation. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding access to research infrastructure for high quality research, and in the next table we ask you to assess to what extent the statements have been implemented in your organisation.

19. Access to research infrastructures (RI).

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion.

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- Easy access to RI, such as core facilities, biobanks, registers, technical equipment/platforms, clinical trial units and competence centers.
- Activities in order to assist clinical researchers in using national RI such as SciLifeLab, MaxIV and ESS.

20. Access to research infrastructures (RI)

Please indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented in your organisation.

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- Easy access to RI, such as core facilities, biobanks, registers, technical equipment/platforms, clinical trial units and competence centers.
- Activities in order to assist clinical researchers in using national RI such as SciLifeLab, MaxIV and ESS.

Section 3 Time for research

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high-quality research, and assess to what extent you think that they are implemented in your organization. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding time for research in order to enable high-quality research, and in the next table we ask you to assess to what extent the statements have been implemented in your organisation.

21. Time for research

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- The ALF region has developed schemes and programs to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The ALF region has developed specific positions to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The management of the ALF region takes responsibility for ensuring that allocated time for research is used as intended in combination with clinical practice.

22. Time for research

Please, indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented at your organisation.

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- The ALF region has developed schemes and programs to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The ALF region has developed specific positions to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The management of the ALF region takes responsibility for ensuring that allocated time for research is used as intended in combination with clinical practice.

Section 4 Career model

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high-quality research, and assess to what extent you think that they are implemented in your organization. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding career models for clinical research, and in the next table we ask you to assess to what extent the statements have been implemented in your organisation.

23. Career model

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion.

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- A career model that enables a clinical research career alongside clinical work
- A career progression model for clinical researchers, with steps at all levels moving from a PhD education position to a higher academic rank or equivalent within the health care sector.
- Gender equality and gender perspectives are addressed to ensure that research opportunities are equal for all eligible researchers.
- There are mobility and research exchange opportunities, e.g. post docs and sabbaticals.
- There are opportunities for continuous research training and education throughout your career.

24. Career model

Please, indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented at your organisation.

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- A career model that enables a clinical research career alongside clinical work
- A career progression model for clinical researchers, with steps at all levels moving from a PhD education position to a higher academic rank or equivalent within the health care sector.
- Gender equality and gender perspectives are addressed to ensure that research opportunities are equal for all eligible researchers.
- There are mobility and research exchange opportunities, e.g. post docs and sabbaticals.
- There are opportunities for continuous research training and education throughout your career.

Section 5 Incentives for clinical research

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high-quality research and assess to what extent you think that they are implemented in your organization. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding incentives for clinical research, and in the next table we ask you to assess to what extent these have been implemented in your organisation.

25. Incentive structures for clinical research

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion.

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- Academic merits are rewarded throughout the career.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to become PhD students.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to pursue a clinical research career.
- Diversity (i.e. age, gender, background etc.) among clinical researchers is promoted at all levels in the healthcare organisation.

26. Incentive structures for clinical research

Please indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented at your organization

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- Academic merits are rewarded throughout the career.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to become PhD students.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to pursue a clinical research career.
- Diversity (i.e. age, gender, background etc.) among clinical researchers is promoted at all levels in the healthcare organisation.

Section 6 Final assessment

The next two questions are open-ended, where we ask you to reflect on the present prerequisites for clinical research in your ALF region regarding access to research infrastructures, time for research, career models for clinical research and, incentives for clinical research.

The reflection should reflect your experience of being a clinical researcher in your ALF region.

27. What are the benefits of being a clinical researcher in your ALF region regarding the present prerequisites for clinical research?

(Please, reflect on the above-mentioned prerequisites for clinical research; access to research infrastructures, time for research, career models, and incentives for clinical research.)

[Text – memo]

28. What could be improved regarding the present prerequisites for clinical research in your ALF region? (Please, reflect on the above-mentioned prerequisites for clinical research; access to research infrastructures, time for research, career models, and incentives for clinical research.)

[Text – memo]

Main survey for research students

1. Do you wish to participate in this survey?

If you choose not to participate, simply select "No" and then click on "Next page" in the bottom right corner of the page, and the survey will terminate.

- Yes
- No

Section 1 Background information

In the first section, we ask questions regarding your position as a clinical research student, access to supervisor, time allocated for PhD studies and how the pandemic has affected your studies.

2. Do you have a clinical position parallel to you PhD studies?

- Yes
- No
- Not applicable

3. Indicate your current employer for your clinical position.

(If you don't have a clinical position, indicate "Not Applicable".) (Multiple choices are available)

- Region
- Private sector
- Municipality
- Other
- None of the above / Not applicable

4. Do you have access to your main supervisor regularly?

- Yes, regularly
- Yes, to some extent regularly
- No
- Not applicable

5. Do you need more time with your supervisor(s)?

- Yes, to a large degree
- Yes, to some extent
- No
- Not applicable

6. How much time has been allocated to your Ph.D. studies on an average year (percent of full-time- equivalent)?

Please, indicate the percent of a full-time equivalent. If none or not applicable, indicate 0.

[Numeric – field]

7. Has the time for your Ph.D. studies been allocated in accordance with your individual study plan (on an average year)?

- According to plan
- More time than planned
- Less time than planned
- Not at all
- Not applicable
- Please, comment if you would like to add something [Text – memo]

8. How much time has been allocated to your Ph.D. studies over the last year during the pandemic (percent of full-time-equivalent)?

Please, indicate percent of full-time equivalent. If none or not applicable, indicate 0.

[Numeric – field]

9. How has the pandemic affected your PhD studies?

- Have been able to carry out PhD studies according to plan
- Have been able to carry out more PhD studies than planned
- Have been able to carry out less PhD studies than planned
- Have not been able to carry out my PhD studies at all
- Not applicable
- Please, comment if you would like to add something [Text – memo]

Section 2 Infrastructure

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high quality research, and assess to what extent you think that they are implemented in your organisation. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding access to research infrastructure for high quality research, and in the next table we ask you to assess to what extent the statements have been implemented in your organisation.

19. Access to research infrastructures (RI).

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion.

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- Easy access to RI, such as core facilities, biobanks, registers, technical equipment/platforms, clinical trial units and competence centers.
- Activities in order to assist clinical researchers in using national RI such as SciLifeLab, MaxIV and ESS.

20. Access to research infrastructures (RI)

Please indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented in your organisation.

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- Easy access to RI, such as core facilities, biobanks, registers, technical equipment/platforms, clinical trial units and competence centers.
- Activities in order to assist clinical researchers in using national RI such as SciLifeLab, MaxIV and ESS.

Section 3 Time for research

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high-quality research, and assess to what extent you think that they are implemented in your organization. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding time for research in order to enable high-quality research, and in the next table we ask you to assess to what extent the statements have been implemented in your organisation.

21. Time for research

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- The ALF region has developed schemes and programs to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The ALF region has developed specific positions to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The management of the ALF region takes responsibility for ensuring that allocated time for research is used as intended in combination with clinical practice.

22. Time for research

Please, indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented at your organisation.

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- The ALF region has developed schemes and programs to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The ALF region has developed specific positions to enable clinical research in combination with clinical duties.
- The management of the ALF region takes responsibility for ensuring that allocated time for research is used as intended in combination with clinical practice.

Section 4 Career model

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high-quality research, and assess to what extent you think that they are implemented in your organization. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding career models for clinical research, and in the next table we ask you to assess to what extent the statements have been implemented in your organisation.

23. Career model

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion.

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- A career model that enables a clinical research career alongside clinical work
- A career progression model for clinical researchers, with steps at all levels moving from a PhD education position to a higher academic rank or equivalent within the health care sector.
- Gender equality and gender perspectives are addressed to ensure that research opportunities are equal for all eligible researchers.
- There are mobility and research exchange opportunities, e.g. post docs and sabbaticals.
- There are opportunities for continuous research training and education throughout your career.

24. Career model

Please, indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented at your organisation.

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- A career model that enables a clinical research career alongside clinical work
- A career progression model for clinical researchers, with steps at all levels moving from a PhD education position to a higher academic rank or equivalent within the health care sector.
- Gender equality and gender perspectives are addressed to ensure that research opportunities are equal for all eligible researchers.
- There are mobility and research exchange opportunities, e.g. post docs and sabbaticals.
- There are opportunities for continuous research training and education throughout your career.

Section 5 Incentives for clinical research

In the following section you will be asked to give your opinion on the importance of the defined prerequisites for high-quality research and assess to what extent you think that they are implemented in your organization. We first ask you to rate how necessary you think that the statements are regarding incentives for clinical research, and in the next table we ask you to assess to what extent these have been implemented in your organisation.

25. Incentive structures for clinical research

Please indicate how necessary the following prerequisites for high-quality clinical research are in your opinion.

Scale: Not at all, Not really necessary, Quite necessary, Essential, Don't know /Not applicable

- Academic merits are rewarded throughout the career.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to become PhD students.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to pursue a clinical research career.
- Diversity (i.e. age, gender, background etc.) among clinical researchers is promoted at all levels in the healthcare organisation.

26. Incentive structures for clinical research

Please indicate to what extent you consider that the following prerequisites are implemented at your organization

Scale: Not at all, To some extent, To a large extent, Completely, Don't know /Not applicable

- Academic merits are rewarded throughout the career.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to become PhD students.
- Specific incentives to encourage healthcare professionals to pursue a clinical research career.
- Diversity (i.e. age, gender, background etc.) among clinical researchers is promoted at all levels in the healthcare organisation.

Section 6 Final assessment

The final two questions are open-ended, where we ask you to reflect on the present prerequisites for clinical research in your ALF region regarding access to research infrastructures, time for research, career models for clinical research and, incentives for clinical research.

The comment should reflect your experience of being a clinical researcher i you ALF region.

19. What are the benefits of being a clinical PhD-student in your ALF region regarding the present prerequisites for clinical research?

(Please, reflect on the above-mentioned prerequisites for clinical research; access to research infrastructures, time for research, career models, and incentives for clinical research.)

[Text – memo]

20. What could be improved regarding the present prerequisites for clinical research in your ALF region?

(Please, reflect on the above-mentioned prerequisites for clinical research; access to research infrastructures, time for research, career models, and incentives for clinical research.)

[Text – memo]