



## Problemnotat: Forskning i helseforetakene

Til: Fagerbergutvalget

Fra: Astrid Lægneid og Barbra Noodt

Dato: 26.5.2010

Innhold:

### 1. Et velfungerende forskningssystem

- Hvilken rolle har sektoren i et velfungerende forskningssystem?
- Hvordan utfyller sektoren de andre sektorene for å oppnå et velfungerende forskningssystem?
- Hvilke utfordringer har sektoren i forhold til internasjonalisering av forskningen?

### 2. Mål

- Hva er målsettingen med den offentlige finansierte forskningen i sektoren?
- Hva er de relevante kriteriene for god måloppnåelse for sektoren?

### 3. Resultater og ressurser

- Hva er de viktigste ressursene i sektoren og hvordan kan de anvendes på en effektiv måte?
- Er de offentlige virkemidlene hensiktsmessig utformet?
- Er det en fornuftig sammenheng mellom finansiering og resultater på ulike nivåer (institusjon, forskergruppe, forsker)?
- I hvilken grad er sektoren og tilhørende offentlige virkemidler i stand til å sikre mangfold og utvikle seg over tid?

### 4. Oppsummering

#### 5. Vedlegg I: Beskrivelse av forskningssektoren (helseforetakene)

#### 6. Vedlegg II: Fra Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument

#### 7. Vedlegg III: De regionale helseforetakenes forskningsstrategier (målsetting)

### 8. Referanser

---

### 1. Et velfungerende forskningssystem

- *Hvilken rolle har sektoren i et velfungerende forskningssystem?*

Helseforskning er et nasjonalt satsingsområde i Norge<sup>i</sup> og er omfattet av tilsvarende oppmerksomhet i de fleste andre land. Ressursbruk til forskning i helseforetakene legitimeres med at resultatene skal komme pasientene til gode ved å bidra til bedre helse og helsetjenester<sup>ii</sup>. Når det gjelder forskning er helseforetakene fra overordnet nivå tildelt et særlig ansvar for å ivareta den klinisk rettede, pasientnære forskningen, men dette ekskluderer ikke andre typer forskning. Den grunnleggende forskningen i norske helseforetak omfatter noen fremragende miljøer, og det er en utfordring å styrke den kliniske forskningen som tradisjonelt har stått svakere<sup>iii</sup>. Det er i dag et særlig fokus på translasjonsforskning som skal bidra til kunnskapsoverføring begge veier mellom grunnleggende og klinisk rettet forskning, og mellom forskning og helsetjenesten. Kliniske og translasjonsforskningsprosjekter er dels kostbare,



langvarige og krever infrastruktur og rekruttering av både leger/ annet helsepersonell og basalforskere. Generelt går utviklingen i økende grad i retning av tverrfaglig forskning innen medisin og helsefag eller i grenselandet mot andre fagområder (naturvitenskap, teknologi og samfunnsfag/ humaniora)<sup>iv</sup>.

Det har de seneste årene vært rettet særlig oppmerksomhet mot verdiskaping innen helsefeltet, særlig i sammenheng med regjeringens 5 årige satsing på innovasjon. Innomed<sup>v</sup> er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren. I 2007 ble sekretariatet lagt til de regionale helseforetakene (Helse Midt-Norge) for å styrke forankringen mot helseforetakene. Behov for innovasjon i helsesektoren er knyttet til implementering av nye prosedyrer, metoder og organisering.

Forskningen pågår i en sektor med et annet hovedformål (pasientbehandling) og helsepersonell driver både forskning og pasientbehandling. Dette skaper både utfordringer og muligheter. Det kan være vanskelig å sette av tid og ressurser til forskning i institusjoner der pasienter må prioriteres og der budsjettstyring i årevis har vært en u håndtert utfordring. Etter omfattende tiltak for å sikre budsjettkontroll går de regionale helseforetakene nå samlet i balanse, men det ligger fortsatt store utfordringer bl.a. i Oslo universitetssykehus. Budsjettkontroll i sykehusene over tid er en forutsetning for å kunne satse på forskning, og der dette fungerer har sykehusene samtidig oppnådd et strategisk handlingsrom for utviklingsarbeid i helsetjenesten, stimulerende arbeidsmiljø som grunnlag for rekruttering av kompetente ansatte, og bedre evne til å implementere ny kunnskap fra forskning i helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesteloven<sup>vi</sup> og helseforetaksloven<sup>vii</sup> har lovfestet forskning som én av fire hovedoppgaver i sykehusene, i tillegg til pasientbehandling, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Helseforskningsloven<sup>viii</sup> har plassert ansvaret for forskning i linjen i helseforetakene, noe som har ført til økt ledelsesoppmerksomhet rundt forskningsaktivitetene. Dette har samtidig medført at den strategiske styringen av institusjonenes forskningsaktivitet har blitt videreutviklet og styrket. For eksempel må søknader om forskningsmidler til de regionale helseforetakene godkjennes av forskningsansvarlig ved institusjonen i forkant av søknadsbehandlingen. Det institusjonelle ansvar er tydeliggjort for å sikre at forskningen gjennomføres i samsvar med lov- og regelverk og gjeldende kvalitetskrav, og har ført til bevisstgjøring og utvikling av rutiner for kvalitetssikring i institusjonene. Lederoppmerksomhet er en forutsetning for at forskning prioriteres i den kliniske virksomheten og at forholdene legges godt til rette, inkl. finansiering, forskningstid, tilgang til lokaler, pasienter og utstyr. I tillegg er oppmerksomheten økt rundt behovet for å samle forskningsaktiviteten i miljøer med større konkurransekraft istedenfor den fragmenterte virksomheten av dårlig kvalitet som preget medisinsk og helsefaglig forskning tidligere i betydelig grad, ifølge Forskningsrådets evaluering av 2004.

Sektoren har med sin organisering i regionale konsern og linjestruktur muligheten for å sette av egne forskningsressurser og et beslutningssystem for å kunne organisere forskningen i mer komplekse strukturer. De regionale helseforetakene (RHFene) har dermed både en forskningsfinansierende og en strategisk funksjon og kan gi føringer



for den forskningsutøvende virksomheten i helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF besluttet i november 2008<sup>ix</sup> å etablere et sammenhengende og koordinert forskningssystem i regionen. Hensikten er å etablere hensiktsmessig infrastruktur som er åpent tilgjengelig for forskere i (og utenfor) hele regionen, å knytte sammen forskningen i nettverk rundt de beste miljøene for å sikre god kvalitet og konkurransekraft, og å stimulere hele spekteret av forskningstyper innen prioriterte områder der det er særlige forutsetninger eller kunnskapsbehov. Spissingen skal balanseres mot forskning i bredden. Dette forskningssystemet er skissert av forskerne selv, og en handlingsplan for implementering er vedtatt<sup>x, xi</sup>. Organiseringen av forskningssystemet er i overensstemmelse med nødvendig faglig utvikling i retning av mer fag- og sektor-overgripende forskningsproblemstillinger, behovet for modus 2-forskning (definert som tverrfaglig forskning innrettet mot å løse spesifikke utfordringer) og effektivisering av forskningsinfrastruktur og er i tråd med internasjonale trender.

Sektoren har særlige utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell til forskning. At leger og annet helsepersonell forsker er en viktig forutsetning for at resultater fra forskning tas i bruk i helsetjenesten og bidrar til bedre utviklingsevne og kvalitetsarbeid. Antall leger som avlegger doktorgraden har fluktuert rundt ca 100 de siste 10 årene, men steg til 129 i 2008. Andelen leger blant avlagte doktorgrader innen medisin og helsefag lå på rundt 70 % i år 2000 og har avtatt til 60 % i 2008<sup>xii</sup>. Det ligger et insentiv for gjennomføring av doktorgrader i den delvis resultatbaserte finansieringsordningen for forskning som gir en avkastning på 5 NIFU-poeng pr doktorgrad. En vitenskapelig artikkel i tidsskrift nivå 1 gir til sammenlikning 1 poeng, mens artikler i ledende og særlig betydningsfulle tidsskrift gir hhv 3 og 10 poeng<sup>xiii</sup>. Tiden det tar for spesialisering av leger var i 2009 gjennomsnittlig 8,3 år, og i tillegg går det i snitt enda 7,6 år før doktorgraden er avlagt (jf muntlig informasjon fra Legeforeningen). Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning besluttet i 2009 en nasjonal handlingsplan for etablering av strukturerte dobbelkompetanseløp på 8 år<sup>xiv</sup>. Lønnsforskjellene mellom forskning og klinikk, og et stillingsgap mellom post doktor og forsker/ professorstillinger bidrar til å vanskeliggjøre rekrutteringen av helsepersonell til forskning. Helseforetakene rapporterte at rundt 2000 leger forsket i 2008<sup>xv</sup>.

- *Hvordan utfyller sektoren de andre sektorene for å oppnå et velfungerende forskningssystem?*

Forskningen innen medisin og helsefag forutsetter et tett samspill og gjensidig avhengighet mellom helseforetakene og academia. Forskningen i helseforetakene gir gjennom nærheten til klinisk praksis tilgang til relevante problemstillinger, og kortere vei til anvendelse av resultatene i praksis. Pasientmaterialet som danner grunnlaget for pasientrettet klinisk forskning og utdanning finnes bare i helseforetakene. Dermed er helseforetakene også en viktig utdanningsarena.

Det er imidlertid krevende å samordne tunge aktører innen forskjellige sektorer med ulike beslutningsstrukturer og underlagt forskjellige departement (og finansieringskilder). Samtidig med etableringen av de regionale helseforetakene ble



det etablert regionale samarbeidsorgan med universitetene som tildeler Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede tilskudd til forskning. Vedtak her skal være basert på konsensus. Disse organene bidrar også til samordning av strategiske tiltak.

Utfordringer har bl.a. vært knyttet til at noen av de regionale helseforetakene i begynnelsen var opptatt av å etablere egne forskningsorganisasjoner og ha en viss avstand til universitetene. Det har utviklet seg ulike praksis, for eksempel om tildeling av forskningsmidler krever ansettelse i et helseforetak eller om at universitets- og høyskoleansatte kan søke som prosjektledere. Det er imidlertid full enighet om at finansieringskilden må krediteres.

De fleste regionale helseforetak har bestemt at stipendiatene skal være ansatt i helseforetakene og ikke ved universitetene som har ansvaret for ph.d.-utdanningen. Universitetene har ønsket at stipendiatene skal være ansatt ved universitetene fordi det dreier seg om en utdanning. Helseforetakene har tatt i bruk stillingsbetegnelser og ansettelsesforhold som for universitetene er regulert i Universitets- og høyskoleloven, noe som kan være problematisk. Helseforetakene har begrunnet sin praksis med at ansettelsesforhold er nødvendig for å få tilgang bl.a. til pasientopplysninger som ligger i journaler og andre elektroniske pasientsystemer. Diskusjonen har derfor delvis vært begrunnet i juridiske forhold og ønsket om å bygge opp en selvstendig forskningsaktivitet. Det har allikevel vært en positiv utvikling hvor begge sektorer ser viktigheten av et tettere samarbeid.

Samarbeidsorganet Sør-Øst vedtok i 2009 en strategisk plan for samordning<sup>xvi</sup>, bl.a. av investeringer i regionale støttefunksjoner, kjernefasiliteter etc. I Midt-Norge har NTNU og Helse Midt valgt en tett samordning av all forskningsaktivitet. De fleste stipendiater, postdok'er og forskere ansettes ved universitetet, og alle forskningsmidler fra Helse Midt-Norge kanaliseres via samarbeidsorganet. Slik har Helse Midt-Norge valgt å utnytte den forskningsorganisasjonen som allerede var på plass og målet har vært en tett integrering mellom de to sektorene. Dette har gitt et godt samarbeid mellom universitetet og det regionale og de lokale helseforetakene. I England har man etablert et felles organ under Helse- og Kunnskapsdepartementet for å samordne medisinsk og helsefaglig forskning.

Mange forskere i helseforetakene har bistillinger ved universiteter eller høyskoler og omvendt. Dette fører til synergieffekter ved at avkastningen av forskningsaktiviteten kommer begge sektorene til gode. Dette forsterkes ved universitetssykehus der det rapporteres både i klinikklinjen og i instituttlinjen for Det medisinske fakultet. Forskningsaktiviteten fører til kunnskapsgrunnlag for behandling og organisering, kompetanse som grunnlag for å kunne ta i bruk ny kunnskap, utviklingsevne og kvalitetssikring.



- *Hvilke utfordringer har sektoren i forhold til internasjonalisering av forskningen?*

Forskning innen medisin er internasjonal og kunnskapsutviklingen går raskt. Av artikler publisert i internasjonale tidsskrift av ansatte i helseforetakene hadde 45 % utenlandske medforfattere i 2008. Bredt internasjonalt samarbeid er helt avgjørende for at norsk helseforskning skal dra maksimal nytte av faglige nyvinninger med potensial for forbedringer innen diagnostikk og behandling og for at disse faglige nyvinningene skal kunne inngå i det kontinuerlige kvalitets- og forbedringsarbeidet innen norsk helsetjeneste. Behovet for tilgang til tilstrekkelig stort pasientmateriale og kostbart, avansert utstyr og infrastruktur har ført til utviklingen av komplekse samarbeidsstrukturer i store forskningsgrupper, internasjonale multisenterstudier og andre strukturerte eller mer uformelle nettverk mellom grupper eller enkeltforskere. Samtidig krever konkurransen om internasjonale forskere, forskningsmidler, investeringer og samarbeidspartnere foruten faglig høy kvalitet tilgang til infrastruktur av høy kvalitet, pasientmateriale, evne til organisering og tilstrekkelig finansiering.

Mens fremragende og noen andre norske forskningsmiljøer innen medisin og helse har utstrakt internasjonalt samarbeid, viser en del forskningsmiljøer liten interesse for internasjonalt samarbeid.<sup>xvii, xviii</sup> Mobilitet er vesentlig for å sikre internasjonale kontakter og god kvalitet i norske forskningsmiljøer. For å stimulere til utenlandsopphold er også dette lagt inn som kvalitets-/ evalueringskriterie i ulike sammenhenger. I tillegg til faglig samarbeid er det vesentlig at norske forskere deltar i internasjonale faglige og strategiske fora. Utformingen av EU's rammeplaner og plasseringen av infrastruktur kan påvirkes og krever aktiv deltakelse.

For å kunne delta i internasjonalt forskningssamarbeid er det viktig at regelverk og organisering ikke står i veien for at beslutninger kan tas raskt nok. Den nye helseforskningsloven har ført til betydelige forbedringer, og de regionale forskningsetiske komiteene har fått økt kapasitet og behandler søknader om godkjenning raskere enn tidligere. Likevel er det fortsatt svært tungvint å få godkjent studier bl.a. fordi det ikke gis rammetillatelser og det må søkes om godkjenning av hvert enkeltprosjekt og eventuelle endringer. Videre er beslutningsmyndigheten ikke delegert og enighet om samarbeidsavtaler er tidkrevende. Samtidig er hastigheten i de internasjonale prosessene økt, slik at norske prosjekter opplever at de ikke rekker å bli inkludert.

Helseforskningen har også tidligere hatt tilgang til flere finansieringskilder, både nasjonalt (Forskningsrådet, private forskningsfond og donasjoner) og internasjonalt (NIH). Etter etableringen av de regionale helseforetakene og deres satsing på forskning, i kombinasjon med Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede tilskudd til forskning, har det vært en betydelig bedret tilgang til forskningsmidler i helseforetakene. Dersom den økte ressursbruken skal brukes til god forskning må oppbyggingen av forskningsinnsatsen skje varsomt. Det er imidlertid sterkt politisk ønsket at den betydelige kontingenten som Norge bidrar inn i EUs RP blir "hentet hjem" av norske forskningsmiljøer. Deltakelsesraten av norske forskningsmiljøer fra alle sektorer i programmet LIFE har blitt vurdert som lav (jf Evalueringen, ref 17).



Enda mer urovekkende er imidlertid at det totalt ble sendt 70 søknader fra helseforetak til de ulike programmene innen 7.RP pr 2008, hvorav kun 6 ble innstilt. Dette gir en suksessrate på 9 %<sup>xix</sup>. Av de innstilte søknadene kom 5 fra tidligere Riks-Radiumhospital (suksessrate 13 %) og 1 fra tidligere Ullevål universitetssykehus (suksessrate 9 %). Det må tas med i vurderingene at forskere ved helseforetak som også er ansatt ved universitetet kan ha brukt universitetsadressen i søknader fordi universitetet får uttelling for EU-prosjekter i institusjonens resultatbaserte finansiering fra Kunnskapsdepartementet (Resultatbaserte omfordelingsmidler).

Evalueringen oppgir 3 forklaringsforslag, at finansieringen fra Helse- og omsorgsdepartementet er såpass god at miljøene ikke er "sultne" nok til å investere arbeidstid i søknadsprosessene, at rekrutteringen av unge leger til forskning er en utfordring, og at Norge har liten kapasitet innen temaene som er/ var prioritert i rammeprogrammene. Et viktig element kan også være at helseforetakene har planer, men foreløpig ikke etablert noen støttefunksjon for søkere til EUs rammeprogrammer, tilsvarende som universitetene har. Imidlertid gir EU-prosjekter uttelling som kvalitetskriterie ved tildeling av helseforetakenes egne forskningsmidler.

## 2. Mål

*- Hva er målsettingen med den offentlige finansierte forskningen i sektoren?*

Helse- og omsorgsdepartementet fremhever at målet med medisinsk forskning skal være å bidra til bedre helse og høy kvalitet, tilgjengelighet og kostnadseffektivitet i helsetjenesten. Nasjonal helseplan (2007-2010) (ref. 4) understreker viktige virkemidler, særlig behovet for økt aktivitet og høy kvalitet i forskningen, kombinert med relevans og tilstrekkelig bredde i fagområder, disipliner og forskningstyper slik at resultatene kan komme pasientene til gode. Det anses som nødvendig at forskningsaktiviteten er ledelsesforankret slik at den prioriteres og at nasjonale fortrinn utnyttes samtidig som områder med kunnskapshull ivaretas. Avgjørende viktig er god forskningsetisk praksis, noe som medfører behovet for kvalitetssikringssystemer, men også habile, åpne og gode prosesser for tildeling av ressurser. I Nasjonal helseplan fremheves særlig behovet for godt samarbeid mellom helseforetakene og academia om forskning, forskerutdanning, forskningsveiledning og innovasjon. Likeledes står styrket nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid og styrket konkurransekraft om internasjonale forskningsmidler sentralt.

Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006-11) (ref 2) gjelder all forskning innen medisin og helsefag også utenom helseforetakene. Her fremheves følgende virkemidler:

For å styrke medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning skal det legges til rette for:

- Økt forskning av god kvalitet
- Bedre økonomiske rammebetingelser
- Hensiktsmessig og klar regulering
- Sterkere infrastruktur og større forskningsmiljøer/ forskernettverk
- Økt internasjonalisering



## Fagerbergutvalget

- Bedre nasjonal samordning
- Økt rekruttering av helsepersonell til forskning
- Bedre og mer systematisk forskningsformidling

Strategien omfatter i tillegg følgende tematiske prioriteringer av områder med særlige utfordringer med egne målsettinger:

- Folkehelseforskning og forebygging
- Praksisnær forskning utenfor spesialisthelsetjenesten
- Helse- og omsorgstjenesteforskning
- Klinisk pasientrettet forskning
- Bioteknologi
- Kjønnsspesifikk kunnskap om helse og sykdom
- Epidemiologisk forskning
- Innovasjon og kommersialisering

I oppdragsdokumentene<sup>xx</sup> gir Helse- og omsorgsdepartementet årlige føringer for bruken av det øremerkede tilskuddet til forskning. Følgende er hentet fra oppdragsdokumentet for 2010:

<i>Mål for 2010</i>	<i>Tiltak/ Oppgave</i>	<i>Styringsparameter</i>
(Forskning som bidrar til bedre helse og helsetjenester for befolkningen)	(Utlyse øremerket tilskudd til forskning i HFene)	-NIFU-poeng (vit publikasjoner og doktorgrader) -Årlig ressursbruk til forskning
Styrke pasientrette klinisk forskning, inkl. forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i HFene.	Sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utprøving og utvikling av ny teknologi, inkl. oversikt over kliniske studier	-Status og resultater for nasjonale satsingsområder (NSG) inkl. nettverk, koordineringsfunksjon og samarbeidsprosjekter
Sikre oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder inkl. samhandling og stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet	-Opprette norsk vitenskapsindeks, evt med klassifikasjonssystem for fag og forskningstype. -Videreutvikle målingssystem for ressursbruk til forskning og utvikling -Sette av x mill kr til samhandlingsforskning	-Andel av ressursbruk til forskning innen rus og psykiske lidelser -Andel prosjekter og andel tildelte midler til rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandling • Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram



## Fagerbergutvalget

(Økt offentlig verdiskaping gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene)	Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten gjennom implementering av nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren	-Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge. • Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanse-prosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter. • Antall registrerte oppfinnelser (DOFI). • Antall patentsøknader og registrerte patenter. • Antall lisensavtaler. • Antall bedrifts-etableringer. • Antall forprosjekter finansiert av InnoMed
--	--	--

- *Hva er de relevante kriteriene god måloppnåelse for sektoren?*

Øremerket tilskudd fordeles dels som basis, dels som resultatbasert bevilgning (ref 13). Indikatorer for måloppnåelse er vitenskapelige publikasjoner avhengig av publiseringsnivå og antall doktorgrader, målt som "NIFU"-poeng. Styringsparametere er definert i de årlige oppdragsdokumentene, se tabell over.

I tillegg har RHFene formulert egne målsettinger (se vedlegg). Eks Helse Sør-Øst (forskningsstrategi 2008-11)

- Forskning av høy internasjonal kvalitet med tilstrekkelig bredde som bidrar med kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy faglig og organisatorisk kvalitet og til næringsutvikling.
- Økt ressursbruk til forskning til 5 % av helseregionens driftsbudsjett innen 10 år
- Regionale infrastrukturtiltak, samarbeidsrelasjoner og faglig samarbeid
- Økt innovasjon
- En effektiv og habil forskningsforvaltning som understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen

### *Utfordringer:*

HOD har formulert noen få målbare mål for forskningsaktiviteten. I oppdragsdokumentene er det også oppgitt føringer for konkrete tiltak og styringsparametere (antall vitenskapelige publikasjoner med uttelling avhengig av



publiseringsnivå og antall dr.grader). Målene og indikatorene er knyttet til innsatsområde/ produksjon. I noen grad er målene knyttet til samfunnseffekter (bedre helse i befolkningen, bedre kvalitet, tilgjengelighet og ressursutnyttelse i helsetjenesten), men her er det ikke identifisert indikatorer. Det kan vurderes om indikatorene for kvalitet i helsetjenesten, som er under utvikling, kan brukes som indikatorer for samfunnseffekter av forskning innen medisin og helsefag. Unntaket er målet om økt offentlig verdiskaping. Ambisjonsnivået er formulert som økning i forhold til nåværende nivå og ikke som en absolutt størrelse. Sammenhengen mellom mål og tiltak er ikke helt innlysende. Det er ikke nødvendigvis noen umiddelbar sammenheng mellom RHFenes og Helse- og omsorgsdepartementets målformulering, men heller ingen motsetning.

### 3. Resultater og ressurser

- *Hva er de viktigste ressursene i sektoren og hvordan kan de anvendes på en effektiv måte?*

Forskningen i helseforetakene har noen fortrinn knyttet til økonomiske rammebetingelser. Det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet har gitt en stabil grunnfinansiering. Finansieringsmodellen har vært evaluert og rapporten vil foreligge sommeren 2010 (ref 12). Muligheten for de regionale helseforetakene til å sette av egne strategiske forskningsmidler har åpnet for muligheten for satsinger og andre strategiske tiltak, som etableringen av et forskningssystem med infrastruktur i Helse Sør-Øst. De strategiske satsingene er mer sårbare for budsjettssituasjonen i helseforetakene og innsparingstiltakene der, noe som kan føre til kutt og inndragning av midler gjennom året og fornyet satsing når budsjettkontrollen bedrer seg. Helseforetakene avsetter også egne midler til forskning i større eller mindre grad. I tillegg har forskerne muligheten for å søke flere eksterne kilder om prosjektstøtte, bl.a. Forskningsrådet, EU og en rekke privatfinansierte forskningsfond i frivillig sektor.

Dette gir forskerne tilgang til en rekke ulike finansieringskilder med forskjellig innretning. Det er tilgang til "store midler" både gjennom satsinger i RHFene, Forskningsrådet, EU-midler, NIH og andre. Finansiering av enkeltprosjekter er mulig gjennom RHFene, Forskningsrådet, frivillige forskningsfond og i noen grad universitetene. "Små driftsmidler" tildeles av helseforetakene, RHFene eller private forskningsfond. Dersom tildelingsprosenten er tilstrekkelig høy, kan dette oppveie for merbruken av forskningstid til søknadsskriving og rapportering. Man har forsøkt å begrense søknadsmengden til Helse Sør-Øst ved å peke på forbedringsbehovet for søknader som får avslag og ved å indikere sjansene for tildeling på utlysningstidspunktet. Helseforetakenes felles elektroniske system for søknader og rapportering er innrettet for å forenkle arbeidsbyrden for forskerne i størst mulig grad.

Forskning i helseforetakene drives av personer med bakgrunn fra mange ulike profesjoner og fagfelt. Antall leger ansatt i sykehus som driver forskning innen medisin har økt med 28 % fra 1999 til 2007, mens andelen i samme periode har



sunket fra 30 % til 24 %. Det er betydelige utfordringer knyttet til rekruttering av leger og annet helsepersonell til forskning. En annen utfordring er knyttet til forskningstid. En del forskning utføres av forskere på heltid, men en betydelig del utføres av helsepersonell i tillegg til pasientbehandling. Det er en hovedutfordring å organisere arbeidet i klinikken slik at det blir tilstrekkelig tid til forskning og at avsatt forskningstid ikke spises opp av akutte hendelser i helsetjenesten. Tradisjonelt har leger i betydelig grad drevet med forskning på fritiden. Antall utførte årsverk av leger ansatt i sykehusene som driver forskning innen medisin har økt med 78 % fra 1999-2007, mer enn antallet leger. Dette tyder på en bedring, men utfordringen blir fortsatt tydelig også i forbindelse med rapporteringen av ressursbruk av forskning til forskning som årlig gjennomføres av NIFU STEP (ref 15).

For den kliniske forskningen har det vært en utfordring å sikre at arealer settes av til forskningsaktivitet i nærhet av pasientene. Ved universitetssykehusene har det vært mye uklarhet og diskusjoner knyttet til fordelingen av areal på sykehus- og universitetsvirksomhet. Et unntak er det nye universitetssykehuset i Trondheim hvor universitetet eier 25 % av arealene som ligger integrert i de kliniske byggene. I fase II av sykehuset er det etablert en akademisk etasje (tredje etasje) med egne gangbruer mellom sentrene slik at nærhet til klinikken er sikret samtidig som forskere og studenter kan bevege seg mellom forskningsmiljøene uten å måtte gå gjennom pasientarealer.

Medisinsk og helsefaglig forskning bygger i betydelig grad på deltakelse av forsøkspersoner/ pasienter eller bruk av humant materiale. Tilgang til tilstrekkelig materiale har avgjørende betydning for forskningsresultatene styrke og tar ofte lang tid og kan kreve bredt samarbeid mellom ulike institusjoner nasjonalt eller internasjonalt. Arbeidet med å etablere biobanker for prøver fra befolkningsstudier eller for pasientmateriale i sykehusene er kommet ulike langt. I midt-Norge ble en moderne biobank etablert i tilknytning til befolkningsstudien HUNT i samarbeid med NTNU. Forskningsrådet bevilget 80 mill kr våren 2010 til et nasjonalt samarbeid mellom de fire store universitetene (UiO, UiB, NTNU, UiT), Folkehelseinstituttet og de fire regionale helseforetakene om å utvikle forskningsbiobanker og sykehusbiobanker i hele Norge til én nasjonal infrastruktur som har fått navnet Biobank Norge.

For at ressursene skal kunne utnyttes på en effektiv måte er strategisk ledelse nødvendig, både på institusjonsnivå, men også på høyere nivå. Dersom Helse Sør-Øst lykkes med å implementere planene for et koordinert, sammenhengende forskningssystem i regionen vil dette føre til bedre kvalitet gjennom samarbeid i nettverk under ledelse av de beste miljøene, og bedre ressursutnyttelse gjennom etableringen av regionale støttefunksjoner og infrastruktur og tett samordning med universitetene og høyskolene. Dette vil gi regionen betydelig internasjonal konkurransekraft og bl.a. Karolinska universitetssjukhus har vist interesse for strategisk samordning av innsatsen. Den strategiske samordningen mellom Helse Midt-Norge og NTNU har ført til bedre ressursutnyttelse og gjensidig styrking av konkurransekraften. Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning har de siste årene i tillegg bidratt til nasjonal koordinering av innsatsen, og det er bl.a. etablert nasjonale satsingsområder og vedtatt en nasjonal handlingsplan for samordning av etisk



standard og praksis (inkl. Nasjonale prinsipper for håndtering av habilitet og interesser, vedtatt i 2009) og en handlingsplan for etablering av strukturerte dobbeltkompetanseløp. Helse Nord og Helse Sør-Øst har strategier som ligner i struktur og innhold, noe som ytterligere understøtter mulighetene for samordning.

I tillegg til den organisatoriske samordningen er det særlig viktig å fokusere på oppbyggingen av den kliniske og translasjonsforskningen, noe som forutsetter gode arbeidsforhold og karrieremuligheter for å kunne rekruttere de beste forskerne innen ulike profesjonsgrupper. Økende grad av tverrfaglighet og samarbeid mellom institusjoner vil være en forutsetning for at helsetjenesten kan møte de fremtidige samfunnsutfordringene.

- *Er de offentlige virkemidlene hensiktsmessig utformet?*

Forskning er, med virkning fra 2001, én av fire lovfestede hovedoppgaver for sykehusene. Dette legitimerer bruken av driftsmidler til forskning og fører til at klinikkledere må gi forskningsaktivitetene oppmerksomhet. Behovet for god styringsinformasjon og at forskningsfinansieringen dels er resultatbasert førte til utviklingen av et målesystem for forskningsproduksjon (vit. publikasjoner og dr.grader) og for ressursbruk til forskning.

Den nye helseforskningsloven presiserer hvem som har ansvar for forskningen på prosjekt og institusjonelt nivå. Dette omfatter også et ansvar for å utforme systemene slik at forskningen gjennomføres i tråd med gjeldende lov- og regelverk og tilfredsstillende etiske og andre kvalitetskrav.

Etableringen av statseide regionale helseforetak har gitt rom for ledere med vilje til å prioritere forskning. Alle de fire helseregionene har etablert egne forskningssatsinger, til tross for utfordringene knyttet til økonomistyring i sykehusene som må være under kontroll for å kunne prioritere forskning. Organiseringen i regionale helseforetak har også skapt muligheten for å ta helhetlig regionale grep om organiseringen av forskningen. I helseregionene har det vært mulig å etablere effektive beslutningsprosesser med ansvars plassering i linjene og bred involvering av de berørte parter. Dette har ført til godt forankrede satsinger, oppslutning og optimisme i forskningsmiljøene.

Avsetningen av øremerkede forskningsmidler gir forutsigbarhet og strategisk handlingsrom.

- *Er det en fornuftig sammenheng mellom finansiering og resultater på ulike nivåer (institusjon, forskergruppe, forsker)?*

Medisinsk og helsefaglig forskning er relativt kostbar, avhengig av forbruk av dyre reagenser, bruk av kostbart, avansert utstyr, bruk av forsøksdyr, inkludering av forsøkspersoner, eller kompleks organisering og tidsperspektiv. Forskningen kan



medføre behovet for samordning av tilgangen til pasientmateriale, utnyttelse av kompetanse, og av infrastruktur.

En evaluering av finansieringsmodellen gjennomføres av SINTEF Helse og vil foreligge sommeren 2010 (ref 12), mens Helse Sør-Øst planlegger en samlet evaluering av forskningen etter 5 år (2013-2014).

Ressursbruken til forskning som er registrert i sykehusenes regnskap for 2008 var 2070 mill kr eller 2,3 % av sykehusenes totale driftsbudsjett. 71 % av ressursbruken ble rapportert av Helse Sør-Øst (1471 mill kr) (ref 15).

I 2008 ble 1300 mill kr til forskning finansiert gjennom sykehusenes basisbevilgning, og 370 mill kr av det øremerkede tilskuddet til forskning, til sammen 1670 mill kr eller 82 % av driftskostnadene til forskning. 18 % (370 mill kr) ble finansiert av eksterne midler hvor Forskningsrådet stod for 120 mill kr, andre nasjonale kilder for 148 mill kr (inkl. ulike fond, organisasjoner etc), næringslivet for 37 mill kr, EU for 11 mill kr og øvrig utland for 7,4 mill kr. Ansatte ved helseforetakene som har doble stillinger ved universitetet har dels som praksis at midler fra Forskningsrådet regnskapsføres ved universitetene fordi disse får uttelling for EU-prosjekter i den resultatbaserte finansieringen fra Kunnskapsdepartementet.

I tillegg ble knapt 2000 forskningsårsverk rapportert for 2008. Totalt deltar 3074 personer i forskning i helseforetakene, hvorav 44 % kvinner. Av disse er 2006 leger, 620 forskere og 448 stipendiater og vit.ass.er. Professor II stillinger er ikke inkludert, og det var totalt 324 ansatte i helseforetakene med professor II-stilling i UH-sektoren. Av forskerpersonalet har 70 % medisinsk grunnutdanning, 3 % annen helsefaglig utdanning, 11 % matematisk- naturvitenskapelig grunnutdanning, 9 % utdanning innen samfunnsvitenskap og humaniora, og 7 % ukjent bakgrunn.

Driftskostnader pr forskningsårsverk er i snitt 1 044 000 kr og er noe høyere for universitetssykehus som også har kostbar infrastruktur.

- *I hvilken grad er sektoren og tilhørende offentlige virkemidler i stand til å sikre mangfold og utvikle seg over tid?*

Sektoren legger i all hovedsak kvalitetskriterier til grunn for forskningsbevilgninger. Helse Sør-Øst har besluttet å utpeke prioriterte forskningsområder basert på eksisterende forskningsaktivitet/-kvalitet og særlige kunnskapsbehov (ref 10). Hensikten er at man konsentrerer innsatsen innen disse områdene og tar sikte på å dekke alle typer forskning inkl. grunnleggende, tverrfaglig, klinisk og translasjonsforskning. Søknader om tiltak innen de prioriterte områdene skal gis et lite konkurransefortrinn fremfor andre søknader av samme kvalitet. Det skal likevel være rom for forskning utenfor prioriterte forskningsområder. Det legges ikke føringer knyttet til innholdet i forskningsprosjektene eller forskernes fagbakgrunn eller alder. Det er imidlertid rettet oppmerksomhet mot kjønnsbalansen blant prosjektledere og i forskningsstrategisk arbeid. Helse Sør-Øst vektla representativitet knyttet til faglig

bakgrunn, type institusjon og sektor, kjønn og geografi ved valg av deltakere i arbeidsgruppene i sammenheng med utviklingen av forskningsstrategi og handlingsplaner. Det regionale forskningsutvalget omfatter små og store institusjoner men er ikke like representativt når det gjelder medlemmenes faglige bakgrunn.

Helseforetakene favner over et bredt spenn av institusjoner med ulik størrelse, funksjon (Lokalsykehus, regionale og landsdekkende helsetjenester), forskningsaktivitet, –kvalitet og faglige tyngdepunkt og geografisk plassering. I tillegg til de statlige sykehusene finnes også private, ideelle sykehus med forskningsaktivitet.

#### **4. Oppsummering**

Helseforetakene har utviklet seg til en slagkraftig forskningsarena med evne til strategisk planlegging. For å lykkes og utnytte potensialet fullt ut er det viktig at de strategiske planene som er utviklet omsettes i virkeligheten. Etableringen av et sammenhengende og koordinert forskningssystem i Helse Sør-Øst, og videreutviklingen av Nasjonal samarbeidsgruppe til et velfungerende nasjonalt strategisk samordnende organ er gode eksempler på hvordan man kan arbeide regionalt og nasjonalt for å realisere gode forskningssystemer i helsesektoren. Dette krever at evnen til forskningsledelse videreutvikles på alle nivåer, inkludert både den faglige, administrative, personal- og ikke minst strategiske ledelsen, slik behovet også er påpekt i samtlige fagevalueringer og i Nasjonal helseplan. Utviklingen internasjonalt i retning av komplekse forskningsstrukturer på tvers av institusjoner og med tverrfaglig samarbeid viser at vi også i norske miljøer vil måtte styrke og videreutvikle evnen til tverrinstitusjonell og tverrfaglig ledelse, prioritering og god organisering. Foruten rekruttering av gode forskere er en viktig utfordring å bygge opp infrastruktur (særlig forskningsstøtte, teknologiske kjernefasiliteter, biobanker og registre) for å tilrettelegge for god forskning på best mulig måte og for å øke konkurransekraften internasjonalt. Særlig oppmerksomhet bør være rettet mot translasjonsforskning, kunnskapsoverføring og innovasjon. Forskningen innen medisin og helse må være relevant for håndtering av de store fremtidige samfunnsutfordringene, slik som eldrebølgen, livsstilssykdommer, globale og hittil ikke forutsette utfordringer. Befolkningens stadig økende forventninger til helsetjenesten og medførende prioriteringsutfordringer vil kreve økt oppmerksomhet. En åpenbar bekymring, også på politisk hold, er imidlertid den svake innsatsen innen EUs 7.RP innen Health, spesielt fra helseforetakenes side som krever særskilte tiltak.

## 5. Vedlegg I: Beskrivelse av forskningssektoren (helseforetakene)

### 5.1 Utviklingen av lov- og regelverk

Medisinsk og helsefaglig forskning innebærer som regel bruk av mennesker, humant materiale eller helseinformasjon i forskningen. Dette medfører særlige hensyn til etikk og studieobjektens samtykke, velferd og helse.

Utviklingen av lov- og regelverket internasjonalt har gått i retning av økt vektlegging av samtykkekrav (jf bl.a. Oviedo-konvensjonen og Helsinki-deklarasjonen) og i Norge forutsetter all forskning på mennesker eller humant materiale godkjenning av regional forskningsetisk komité og at resultatene rapporteres (jf helseforskningsloven). Dette medfører at institusjonene må ha rutiner for godkjenning og systemer for kvalitetssikring. Den nye helseforskningsloven som trådte i kraft 1.juli 2009 skal bidra til bedre kvalitet i forskningen og krever bl.a. at all forskning organiseres som prosjekter med en navngitt prosjektleder og institusjonell forskningsansvarlig. Medisinsk forskning er i stor grad internasjonal og lovkravene som varierer mellom landene medfører tilleggsutfordringer for forskningen.

### 5.2 Forskningsutøvende aktører innen medisin og helsefag

#### *Helseregionene og helseforetakene*

Forskning ble innført som én av fire lovpålagte hovedoppgaver for sykehusene med revidert spesialisthelsetjenestelov i 1999. Helsereformen i 2002 førte til at det ble etablert statlige regionale helseforetak som eier en rekke helseforetak med egne styrever i en konsernmodell. RHFene i Sør og Øst ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF i 2007 for å oppnå bedre koordinering av helsetjenester og forskning i hovedstadsområdet, samtidig som man da fikk en tyngdeforskyvning med ett stort RHF som dekker halvparten av landets befolkning og tre mindre i vest, midt-Norge og nord. Tidligere Rikshospitalet, som nå er del av Oslo universitetssykehus, stod alene for 30 % av forskningsproduksjonen i helseforetakene i 2008, målt i publikasjonspoeng på grunnlag av vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader.

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Totalt driftsbudsjett 2008 (mill kr)	50.192	16.246	13.178	10.710	90.326
Ansatte (årsverk)	53.000		12.686	12.264	
Antall helseforetak (og private sykehus med driftsavtale)	15 (+6)	4 (+5)	6	4	29 (+11)
Befolkningsgrunnlag	2,7 mill	1 mill			
Ressursbruk til forskning (2008)	1.471	292	157	150	2.070
Antall FoU-årsverk (2008)	1.416	277	116	174	1.983



## Fagerbergutvalget

Andel FoU ( %) av totale kostnader i 2008	2,9	1,8	1,2	1,4	2,3
Forskningsproduksjon (NIFU-poeng, snitt 2006-08)	1546	596	278	210	2630

### *Universitetene og høyskolene*

Legeutdanningen og medisinsk forskning pågår ved landets fire medisinske fakultet i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Utdannelsen av andre helseprofesjoner og noe forskning foregår i tillegg ved en rekke av høyskolene.

Universitetene har ansvar for forskning, for profesjonsutdanningen av bl.a. leger, psykologer og realister, og for forskerutdanningen, mens høyskolene ivaretar forskning og utdanning av andre helsefaglige profesjoner.

### *Institutter*

Helseforetakene samarbeider med en rekke institutter som kan ha både forsknings- og forvaltningsoppgaver. For eksempel forvalter NIFU STEP systemet for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene og beregner poengtallet som ligger til grunn for den resultatbaserte finansieringen (NIFU-poeng). Instituttet blir også brukt til å gjennomføre evalueringer av forskningsaktivitet (eks: Evaluering av forskningen i Helse Øst, 2008). Folkehelseinstituttet har både forsknings- og forvaltningsoppgaver knyttet til forebygging og overvåking av helsetilstanden i befolkningen. Folkehelse driver bl.a. en nasjonal biobank, flere helseregistre og store befolkningsbaserte studier. SINTEF Helse har innrettet seg bl.a. mot helsetjenesteforskning.

### *Helseforvaltningen*

Helsedirektoratet skal ivareta et følgesmed-ansvar for forskning for Helse- og omsorgsdepartementet og har representanter i programstyrene i Forskningsrådet knyttet til helsefeltet.

Nasjonalt kunnskapssenter er opprettet som faglig uavhengig enhet med ansvar for å oppsummere og tilgjengeliggjøre forskningsbasert kunnskap for helsetjenesten og ivaretar også oppgaver til kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet.

### *Involverte profesjoner*

Profesjonsorganisasjonene har dels egne strategier for å styrke forskningen. Legeforeningen vedtok i 2006 sin strategi "Vind i seilene for medisinsk forskning". Også psykologforeningen, sykepleierforbundet, fysioterapiforbundet m fl har egne initiativ. Forskerforbundet arbeider for å forbedre arbeidsforholdene i forskningen.



### 5.3 Finansieringskilder

#### *Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede tilskudd til forskning*

Samtidig med etableringen av RHFene i 2002 satte Helse- og omsorgsdepartementet av et eget øremerkede tilskudd til forskning som fordeles som basis- og resultatbasert komponent (60:40) på RHFene. Potten var i 2010 på 458 mill kr til alle RHFene. Fordelingen er basert på RHFene eget nasjonale målesystem håndtert av NIFU STEP som måler "NIFU-poeng" basert på antall doktorgrader og publikasjoner på to publiseringsnivå. Dette systemet skal slås sammen med universitetenes system fra 2011. For hvert av de fire RHFene fordeles det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet av de regionale samarbeidsorganene mellom RHFene og universitetene og utlyses konkurransebasert. Søkere må være ansatt i ett av helseforetakene, men eksternt ansatte kan ta del i midlene gjennom samarbeidsprosjekter.

#### *Ressursbruk til forskning i sykehusene*

Alle RHFene har satt av egne strategiske midler til forskning som tas ut av sykehusenes samlede budsjett før midlene fordeles på enkeltsykehusene. Helse Sør-Øst har for 2010 satt av 188 mill kr i strategiske forskningsmidler. Helse Sør-Øst har vedtatt i sin forskningsstrategi å øke ressursbruken til 5 % av det samlede driftsbudsjettet i helseregionen til forskning innen 10 år (2018), noe som innebærer en økning til 2500 mill kr avhengig av fremtidig driftsbudsjett. Midlene utlyses i størst mulig grad konkurransebasert.

#### *Helseforetakene*

Helseforetakene bruker også midler av egne driftsbudsjett til forskning. Ressursbruken varierte i 2008 mellom 0,1 og 10,2 % til forskning (inkludert utvikling) ved det tidligere Rikshospitalet. Totalt rapporterte helseforetakene om bruken av 2.069 mill kr til forskning i 2008. Her inngår midler som er utgiftsført i sykehusenes budsjetter. Helse Sør-Øst har fra 2010 pålagt alle sine helseforetak å sette av minst 1 % av egne driftsbudsjett til forskning.

#### *Forskningsrådet*

Ansatte i helseforetakene har i tillegg mulighet for å søke forskningsmidler fra Forskningsrådet. Forskningsrådet tildelte 120 mill kr i 2008 til forskning innen medisin og helse gjennom frie forskningsmidler eller ett av 8 programmer innen medisin og helse.

#### *Frivillige fond*

I tillegg til offentlige midler deler private forskningsfond ut midler til medisinsk og helsefaglig forskning ved helseforetakene, universiteter og høyskoler. Kreftforeningen bevilget i 2008 ca 125 mill kr til kreftforskning. Helse og rehabilitering er en privat stiftelse som siden 1996 har drevet tv-spillet Ekstra og har fordelt overskuddet til prosjekter innen forskning, rehabilitering og forebygging. I 2009 ble 73 mill kr tildelt forskningsprosjekter. Nasjonalforeningen for folkehelsen tildeler midler til hjerte-karforskning, demens og tuberkulose og bevilget 15 mill kr i 2009. Det finnes også en rekke mindre fond og legater som deler ut forskningsmidler.



---

## EU

Innen EUs 6. rammeprogram har LIFE (Life sciences, Genomics and Biotechnology) vært et prioritert område. Dette er videreført i det 7. RP med Health som omfatter 1) Biotechnology, generic tools and medical technologies for human health, 2) Translating research for human health og 3) Optimising the delivery of healthcare to European citizens. Norges suksessrate i 6. RP LIFE var 22,3 % (gjennomsnitt 26,3) og norske forskere deltok i 9 % av prosjektene som ble finansiert. I 7. RP Health er det innen utgangen av 2009 177 søknader med norske deltakere, av disse var 40 innstilt for støtte (Suksessrate 23 %, gjennomsnitt 19). I 2 av 6 utlysninger innen Health i 7. RP var det ingen norske søkere. Ett prosjekt med norsk deltaker er innvilget under Innovative Medicine Initiative.

### *Andre internasjonale kilder*

National institute of health i USA er åpent for finansiering av forskningsprosjekter i andre land.

### *Finansieringsstruktur*

70 % av ressursbruken til FoU i helseforetakene kommer fra basisbevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet, 15 % er øremerkede bevilgninger gjennom regionale helseforetak, 15 % er eksternt finansiert. Eksterne kilder er Forskningsrådet (4 %), næringsliv (2,5 %), prosjektmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet og andre statlige midler (2 %), og andre kilder (6 %).

## **5.4 Infrastruktur**

Forskning innen medisin er dels kostbar og krever tungt, kostbart utstyr. Det er en trend i retning av samarbeid om investering og drift, med etablering av kjernefasiliteter som er åpne for service til selvkostpris. Helse Sør-Øst utarbeidet i forbindelse med tiltaksplanen for teknologiske kjernefasiliteter en oversikt over eksisterende teknologiske kjernefasiliteter og fremtidig behov for investeringer. Universitetet i Oslo laget en oversikt i forbindelse med sin satsning på Life sciences. I forbindelse med utlysningen av midler til infrastruktur fra forskningsrådet foreligger en oversikt over søknader.

## **5.5 Evalueringen av medisinsk og helsefaglig forskning i 2003**

Forskningsrådet gjennomførte i 2003 en omfattende evaluering av medisinsk og helsefaglig forskning med 3 paneler for klinisk forskning, psykiatri og psykologi, og epidemiologi, samfunnsmedisin, helsetjenesteforskning og annet. Det ble identifisert felles strukturelle utfordringer som gikk igjen innen alle fagområder og krever håndtering for at norsk forskning innen de evaluerte fagområdene kan utfolde sitt potensial:

- For liten finansiering av medisinsk og helsefaglig forskning
- Utilstrekkelig infrastruktur og mangelfull tilgang til spesialisert ekspertise og utstyr
- Manglende koordinering og for lite tverrfaglig forskning
- For liten grad av internasjonalt samarbeid
- For mange små forskningsenheter



- Svak forskningsledelse
- For liten grad av internasjonal publisering

### 5.6 Strategiske prosesser

#### *Strategiutvikling Helse Sør-Øst RHF*

Alle de regionale helseforetakene utarbeidet forskningsstrategier etter etableringen i 2002. Etter sammenslåingen av Helse Sør-Øst i 2007 ble det igangsatt en ny prosess for strategiutvikling. Denne bygget på funnene i Forskningsrådets evaluering og følgende hovedmål ble besluttet for 2008- 2011:

- Forskning av høy internasjonal kvalitet med tilstrekkelig bredde som bidrar med kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy faglig og organisatorisk kvalitet og til næringsutvikling.
- Økt ressursbruk til forskning til 5 % av helseregionens driftsbudsjett innen 10 år.
- Regionale infrastrukturtiltak, samarbeidsrelasjoner og faglig samarbeid
- Økt innovasjon
- En effektiv og habil forskningsforvaltning som understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen

#### *Hovedstadsprosessen*

Parallelt ble Hovedstadsprosessen gjennomført som skulle føre til bedre organisering og ressursutnyttelse også innen forskning. I denne sammenheng ble struktur og funksjon for universitetssykehusene i regionen utredet. I tråd med anbefalingene besluttet styret i Helse Sør-Øst i november 2008 å etablere et sammenhengende og koordinert forskningssystem i helseregionen som skal omfatte all forskning i regionen og være tett koordinert med universitetene og høyskolene. Aker universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet ble slått sammen til Oslo universitetssykehus. De sterkeste forskningsmiljøene i regionen, i hovedsak ved Oslo universitetssykehus, skal utgjøre navet i det regionale forskningssystemet. Navet i systemet skal ivareta kjernefunksjonen i regionale forskningsnettverk, drifte regionale teknologiske kjernefasiliteter, og etablere en regional støttefunksjon for forskning (faglig og administrativ).

#### *Handlingsplan for implementering av strategien i Helse Sør-Øst RHF*

Det ble deretter nedsatt 8 arbeidsgrupper som utarbeidet tiltaksplaner knyttet til innovasjon, flerfaglig og tverrfaglig forskning, forskningsstøttefunksjoner, teknologiske kjernefasiliteter, nettverk og prioriterte områder, translasjonsforskning, rekruttering og biobanker/ helseregistre. En samlet handlingsplan for implementering av forskningsstrategien ble besluttet i oktober 2009.

#### *Forskningsstrategi i Helse Nord RHF*



Helse Nord gjennomførte en egen prosess for revisjon av forskningsstrategien som bygget på strategien i Helse Sør-Øst. Dermed har de to helseregionene lignende strategier som et godt utgangspunkt for koordinering og samarbeid.

### **5.7 Strategiske organer**

Det er etablert en rekke strategiske organer som sikrer effektive beslutningsprosesser med god forankring hos berørte parter. Dette har muliggjort strategisk utvikling og samordning innen forskningsfeltet de siste årene.

#### *Nasjonale samarbeidsgruppe for forskning innen medisin og helsefag*

NSG er et rådgivende organ som skal sikre dialog og samordning av forskningen i et nasjonalt perspektiv. Universiteter, høyskoler og de regionale helseforetakene er representert, foruten Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, Forskningsrådet, Folkehelseinstituttet og brukerorganisasjonene. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har observatører. NSG har to årlige møter og har siden 2007 bl.a. arbeidet med å etablere nasjonale satsingsområder, handlingsplan for dobbelkompetanseløp innen medisin, og handlingsplan for samordning av etisk standard og praksis, inkludert habilitetsrutiner.

#### *RHFenes strategigruppe for forskning*

Gruppen er opprettet for å koordinere de fire regionale helseforetakene i forskningsrelaterte spørsmål. For øvrig er Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Helse- og omsorgsdepartementet representert som observatører.

#### *De regionale samarbeidsorganene*

Samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene med medisinsk fakultet i regionen er rådgivende organer i saker av felles interesse for partene. Samarbeidsorganet fordeler de regionale helseforetakenes andel av de øremerkede midlene til forskning i helseforetakene som er satt av over statsbudsjettet. Forskningsrådet er observatør.

#### *Samarbeidsorganet for høyskolene i regionen og Helse Sør-Øst RHF*

Helse Sør-Øst har opprettet et felles samarbeidsorgan for høyskolene i regionen. Alle høyskoler, helseforetak og private sykehus med driftsavtale er representert.

#### *RHFenes forskningsutvalg*

RHFene har alle forskningsutvalg som skal gi råd til ledelsen og styret i forskningsstrategiske spørsmål. Forskningsutvalgene utvikler forskningsstrategi og handlingsplaner og har ansvar for den faglige vurderingen av søknader om forskningsmidler fra det øremerkede tilskuddet som fordeles av de regionale samarbeidsorganene mellom RHFene og universitetene, og skal gi anbefalinger om disponering av strategiske forskningsmidler i RHFet. De enkelte helseforetakene har i tillegg egne forskningsutvalg der universitetene også er representert.

Helse Sør-Øst har også et administrativt forskningsledernetverk som skal fremme forskningssamarbeid mellom helseforetakene i regionen og arbeide for optimal utnyttelse av felles infrastruktur. Forskningsledernetverket kan gi råd til Helse Sør-Øst og aktivt støtte implementering av beslutningene i saker som vedrører forskningsadministrasjon, infrastrukturtiltak og forskningssamarbeid mellom helseforetakene i regionen.

*Dekanmøtet*

Dekanene for de medisinske fakultetene har et årlig dekanmøte. I tillegg samles forskningsprodekanene ved de medisinske fakultetene til eget møte hvert halvår.



## 6. Vedlegg II

### Fra Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til de regionale helseforetakene i 2010:

#### Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

#### Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene. Det er besluttet å øremerke til sammen minst 15 mill. kroner av basisbevilgningen tildelt over kap. 732, post 72-75 til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Med dette menes forskning som bidrar til kunnskapsgrunnlaget for helhetlige pasientforløp og mer koordinerte tjenester for pasientene. Det bør vurderes om forskning på samhandling skal etableres som en felles satsing mellom de regionale helseforetakene, forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning.

Det tas sikte på å etablere en felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (norsk vitenskapsindeks) i helse, universitets- og høyskole- og instituttsektoren fra 2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Det er ønskelig å innføre et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer, og det kan være aktuelt å knytte et slikt klassifikasjonssystem opp til norsk vitenskapsindeks. Health Research Classification System (<http://www.hrcsonline.net/pages/front>. ) vurderes å kunne ivareta dette.

#### Oppgaver:

- Helse xx RHF skal bruke minst 8/2/2/2 mill. kroner til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med og i regi av Helse Sør-Øst RHF, slutføre arbeidet med å etablere et felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudier (fase I-IV) i helseforetakene, jf. oppdrag i oppdragsdokumentet for 2009. Det bør sikres koherens med de systemer som etableres i de regionale etiske komiteene for å registrere forskningsprosjekter



(SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre systemer for registrering av kliniske studier og forskning. Det skal gjennomføres et arbeid for å vurdere muligheten for å klassifisere og rapportere alle forskningsprosjekter i helseforetakene etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.

- Helse xx RHF skal bidra med nødvendig kompetanse og ressurser i utviklingsarbeid knyttet til videreutvikling av de nasjonale systemene for måling av forskningsresultater og ressursbruk til forskning og utvikling.
- Helse xx RHF skal sette av nødvendige ressurser for etablering av Norsk Vitenskapsindeks i de rapporteringsenhetene som inngår i det nasjonale målesystemet for forskningsresultater.

### **Styringsparametre:**

#### *Rapporteres i årlig melding*

- Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse xx RHF (beregnet av NIFU STEP).
- Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse xx RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).
- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse xx RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandling. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering, jf. Portalen <http://forskingsprosjekter.ihelse.net>.
- Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram.
- Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG), herunder etablert nettverk, koordineringsfunksjon samt forskningsprosjekter med deltakere fra flere helseregioner.

### **Innovasjon**

Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene. Under Stortingets behandling av St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitetsog høyskolesektoren.

### **Oppgave:**

- Helse xx RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

### **Styringsparametre:**



### *Rapporteres i årlig melding*

- Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge.
- Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanse-prosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.
- Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).
- Antall patentsøknader og registrerte patenter.
- Antall lisensavtaler.
- Antall bedrifts-etableringer.
- Antall forprosjekter finansiert av InnoMed



## 7. Vedlegg III

### 7.1 Målsetting i forskningsstrategien for Helse Sør-Øst RHF (2008-2011)

#### Visjon

Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

#### Mål

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse SØ fører til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning frembringer kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering, samt næringsutvikling. Forskningen innen Helse SØ tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som et lokomotiv for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde og bidrar til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
2. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse SØ øker på lengre sikt (10 år) til 5 % av helseregionens driftsbudsjett.
3. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene, bidrar til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
4. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene, som gir bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon, og næringsutvikling.
5. Forskningsforvaltningen i helseregionen omfatter gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen og er koordinert med andre aktører.



## 7.2 Målsetting i forskningsstrategien for Helse Midt-Norge RHF (2009-2014):

(det er formulert tiltak under hvert avsnitt)

### Kvalitet og produksjon

- Forskningen i HMN skal holde et høyt nasjonalt nivå generelt og høyt internasjonalt nivå innen utvalgte områder.
- Forskningsproduksjonen i Helse Midt-Norge skal i løpet av perioden øke til minst 450 ISI registrerte publikasjoner pr år, ved at alle HF øker sin produksjon med 10 % hvert år.
- Foretaksledelsen har ansvar for å ivareta eksisterende forskningskompetanse og videreutvikle denne.

### Ressurbruk

- HMN skal avsette 3 % av total inntekt til forskning, utvikling og innovasjon; 2 % på regionalt nivå og 1 % på lokalt nivå innen 2014.
- På lokalt nivå skal denne 1 % fordeles slik at St. Olavs Hospital HF dekker 75 % og de andre HF-ene dekker 25 %.
- Helse Midt-Norges andel av eksterne forskningsmidler skal øke til 1 % av total inntekt.
- Som en del av satsningen på HF-nivå skal det settes av ressurser til forskerstillinger.

### Infrastruktur

- Det skal utvikles en regional infrastruktur som sikrer økt forskningsproduksjon, god faglig kvalitet, godt samarbeid, god ressursutnyttelse og økt konkurranseevne.
- Det skal settes av ressurser til arealer, utstyr og drift.
- Regionale forskningsnettverk skal etableres og videreutvikles i takt med behovet.

### Organisering

- Forskning skal prioriteres på lik linje med øvrige lovpålagte oppgaver.
- Lederopplæring i helseforetakene skal inkludere kunnskap om forskning.

### Forskningsforvaltning

- Forskningsforvaltningen skal være forutsigbar i forhold til fordeling av ressurser og personell, og skal foregå i tråd med regionale prioriteringer.
- Forskningen skal holde en høy etisk standard og følge vedtatte deklarasjoner. Kjerneverdiene trygghet, respekt og kvalitet skal ligge til grunn for all forskning, og skal prege alle møter mellom forskere, deltakere og brukere av spesialisthelsetjenesten.
- Det skal årlig rapporteres på forskningsaktivitet og det skal være systemer for internkontroll av forskning.

### Forskningsformidling



- Formidling av forskningsresultater til pasienter, ansatte i HF, brukerorganisasjonene, befolkningen og beslutningstakere skal styrkes gjennom egne informasjonsstrategier ved hver institusjon.

### **Innovasjon**

- Helse Midt-Norge skal bidra til nye produkter og løsninger som gir mer helse pr. krone og som kan gjøre sektoren i stand til å møte store fremtidige utfordringer.

## **7.3 Målsetting i forskningsstrategien til Helse Nord RHF (2010-2013)**

### **Visjon**

Forskning i Helse Nord skal tilstrebe høy kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode. Fagområder og helseforetak med liten forskningsaktivitet skal inkluderes gjennom samarbeid.

### **Mål**

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Nord skal i samarbeid med universitetet føre til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning skal frembringe kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, pleie, behandling, omsorg, rehabilitering og undervisning. Forskningen innen Helse Nord skal tilstrebe et høyt internasjonalt kvalitetsnivå. Forskningsstrategien skal ivareta prioritering og stimulering av forskning innen fagområder, faggrupper og helseforetak med liten forskningsaktivitet. Forskningen skal ha tilstrekkelig bredde og bidra til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
2. Ressursbruken til forskning i Helse Nord skal i løpet av strategiperioden gradvis økes til 150 millioner kroner årlig.
3. Regionale infrastrukturentak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene og internasjonale miljø skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
9. Forskningsforvaltningen i helseregionen skal omfatte gode, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen skal understøtte redelighet og god kvalitet i forskningen og være koordinert med andre aktører.



10. Økt behovsdrevet og forskningsbasert innovasjon med utspring i helseforetakene, skal gi bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon og næringsutvikling.

## 7.4 Målsetting i forskningsstrategien for Helse Vest RHF

### Overordnede mål og visjoner

Forskning og formidling i Helse Vest RHF må ligge på et høyt nivå for å kunne få internasjonalt gjennomslag. Forskningen og formidlingen må være i tråd med det regionale foretakets oppgaver og samfunnets langsiktige behov på en og samme tid.

Forskning og utvikling skal være integrert i tjeneste- og arbeidsplaner (jfr lovverk Spesialisthelsetjenesten). Spesielt Haukeland universitetssykehus bør være en katalysator og idébank og naturlig leder for forskning og utvikling, ikke bare i Helse Bergen HF, men også i hele Helse Vest RHF.

Forskning og utvikling er en viktig rekrutteringskilde for Helse Vest RHF av høyt kompetente medarbeidere innen et bredt spekter av yrkesgrupper. Innsatsen i forskning og utvikling bør kunne måles, kanskje mest hensiktsmessig gjennom publikasjoner i internasjonale tidsskrifter og gjennomførte doktorgrader. Etablering av nye landsfunksjoner og kompetansesentre er også viktige mål. Universitetssykehuset i Helse Vest RHF bør sammen med aktuelle fakultet ved universitet / høyskoler bli et av de 5 ledende universitetssykehus på forskning i Norden innen 2006. En forutsetning for dette er å øke budsjettet for forskning og utvikling opp mot 5% av bruttobudsjettet innen samme tidsperiode. Dette inkluderer direkte prosjekterelaterte utgifter inkludert drift samt kapitalkostnader knyttet opp mot stillinger, arealer, større utstyr og annen infrastruktur.

## 8. Referanseliste:

- <sup>i</sup> St.meld. nr 30 (2008-2009): Klima for forskning
- <sup>ii</sup> Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011
- <sup>iii</sup> Norges forskningsråd (2004): Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health-related and psychological research in Norway
- <sup>iv</sup> St.prp.nr.1 (2006-2007): Nasjonal helseplan 2007-2010
- <sup>v</sup> <http://www.innomed.no/>
- <sup>vi</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>
- <sup>vii</sup> Lov om helseforetakene, LOV-2001-06-15-93: <http://www.lovdatab.no/all/nl-20010615-093.html>
- <sup>viii</sup> Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, LOV 2008-06-20 nr 44: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20080620-044.html>
- <sup>ix</sup> Helse Sør-Øst RHF: styresak 108-2008 pkt 8: [http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?l=1106&C=15&D=2](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?l=1106&C=15&D=2)
- <sup>x</sup> Helse Sør-Øst RHF: Regional forskningsstrategi (2008-2011) og Handlingsplan for implementering av forskningsstrategien (2008-2011): [http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=107&l=725](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=107&l=725)
- <sup>xi</sup> Helse Sør-Øst RHF, styresak 089-2009: [http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?l=1644&C=15&D=2](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?l=1644&C=15&D=2)
- <sup>xii</sup> SINTEF rapport A14727 (2010): Evaluering av finansieringen av forskning i helseforetakene <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/RapportA14727.pdf>
- <sup>xiii</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning.html?id=446980>
- <sup>xiv</sup> Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning innen medisin og helsefag, møtereferat 20.mai 2009, sak 4/09: [http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=108&l=730#Møteinncallinger](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=108&l=730#Møteinncallinger)
- <sup>xv</sup> NIFU STEP rapport 46/2009 (2009): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2008. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasjonal-kartlegging-av-ressursbruk-til-.html?id=440467>



<sup>xvi</sup> Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo, møte 9.oktober 2009, sak 46-2009:

<http://www.med.uio.no/shhu/Innkallinger/2009/091009/Innkalling%20Samarbeidsorganet%20091009.html>

<sup>xvii</sup> NIFU STEP rapport 22/ 2009: In Need of a Better Framework for Success (Evalueringen av norsk deltakelse i EUs 6- og 7.RP pr 2008)

<sup>xviii</sup> Se ref 3

<sup>xix</sup> Norges Forskningsråd's EU-kontor: Årsrapport for 2008

<sup>xx</sup> Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter 2010:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/oppdragsdokument.html?id=535564>