



HELSE  VEST

Internrevisjonen

Forskningsaktiviteten i Helse Vest

Helse Vest RHF, september 2017

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarretteiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsliste og samandrag
2. Hovudrapporten med fakta, vurderingar og dessutan vedlegg

1	Samandrag	3
2	Innleiing	4
2.1	Formål og problemstillingar	4
2.2	Revisjonskriterier og metode	4
2.3	Om internrevisjon.....	5
3	Fakta	6
3.1	Omgrep og avgrensingar.....	6
3.2	Omfang	7
3.3	Overordna forankring.....	10
3.4	Visjon og mål.....	10
3.5	Organisering av forskingsaktiviteten i Helse Vest	11
3.6	Tildeling av midlar – retningslinjer og prosess.....	12
3.7	Formidling av forskinga	21
3.8	Brukarmedverknad	23
4	Vurderingar og tilrådingar	27
4.1	Vurderingar	27
4.2	Tilrådingar	32

1 SAMANDRAG

Formålet med revisjonen har vore å undersøkje korleis forskingsaktiviteten i helseføretaka gjev grunnlag for kunnskapsoverføring og kvalitetsforbetring, gjennom å sjå på korleis gjeldande forskingsstrategi og vedtekne retningslinjer og ordningar er følgt opp.

Hovudkonklusjonen vår er at Helse Vest si forvaltning av forskingsaktiviteten i helseføretaka i hovudsak følgjer opp desse på ein tilfredsstillande måte. Gjennom måten prosjekta blir vald ut, og forskarane følgt opp, i kombinasjon med auka vektlegging av klinisk nytte, brukarmedverknad og formidling utover publisering i vitenskaplege tidsskrift, betrar ein grunnlaget for kunnskapsoverføring og kvalitetsforbetring både internt i føretaka og i omverda.

Metodisk har internrevisjonen gått gjennom dokument frå regionen og frå føretaka. Vi har intervjuar leiarar og involverte tilsette på fleire nivå. Dessutan har vi innhenta statistikk over forskingsaktiviteten i helseføretaka, både den som er finansiert gjennom regionale midlar og på anna vis.

Vi har i rapporten tatt med ein skilde punkt som ein kan vurdere regionalt og i føretaka. Dei viktigaste punkta er:

1. Tildeling av midlar – retningslinjer og prosess:

- Ordninga med grunngeving for søknadsavslag bør utviklast vidare, for å styrke rettleinga for søkjarane.
- Vurderingskomitéane bør arbeide for ein større grad av skriftlegheit i saksbehandlinga si.
- Heimelsgrunnlaget for avgrensinga av klageåtgangen må klargjerast, for å unngå mogleg tvil om det juridiske grunnlaget for ho.

2. Formidling av forskinga:

Ein bør både regionalt og i helseføretaka vurdere nye metodar og tiltak for å spreie kunnskapen frå forskingsprosjekta, i eit samarbeid mellom kommunikasjonsavdelingar, forskingsadministrasjonen og forskarteam.

3. Brukarmedverknad:

- Det bør etablerast ein systematikk for skriftlege evalueringar frå brukarrepresentantar i forskingsprosjekt, og utarbeidast ei metodebeskriving for å sikre at brukarmedverknaden får ei reell nytte.
- Det bør vurderast å innføre eit punkt i den årlege faglege rapporteringa frå forskarane status på faktisk brukarmedverknad i prosjektet.

2 INNLEIING

2.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Forskning er ei av dei fire hovudoppgåvene til helseføretaka¹ (saman med pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørande). Det overordna målet i Helse Vest sin forskingsstrategi er å leggje til rette for forskning av høg *vitskapleg kvalitet*, for å bringe fram ny kunnskap med stor *nytteverdi* (klinisk relevans) innanfor alle delar av spesialisthelsetenesta sitt virkefelt. I tillegg inneheld forskning eit tungt element av *læring*, og alle prosjekt er pålagt å vurdere korleis *brukarmedverknad* kan innpassast.

Formålet med revisjonen har vore å undersøkje korleis forskingsaktiviteten i helseføretaka gjev grunnlag for kunnskapsoverføring og kvalitetsforbetring.

Mandat for gjennomføring av prosjektet vart behandla av revisjonsutvalet i møte 06.12.2016. Ut ifrå bakgrunn og formål har prosjektet kartlagt og vurdert desse konkrete problemstillingane:

- Korleis har ordninga med tildeling av regionale forskingsmidlar blitt følgt opp i 2016?
 - Korleis har administrasjonen følgt opp ordninga i saksbehandlinga si og overfor søkjarane?
 - Korleis har krava til vektlegging av både kvalitet og nytte blitt handtert?
- Korleis legg ein opp til nytte og læring undervegs og etter at prosjekta er avslutta (forskingsformidling)?
- Korleis blir krav om brukarmedverknad i forskingsprosjekt følgt opp og organisert?
- Korleis blir Forskingsstrategi for Helse Vest 2016-2019 følgt opp og organisert?

2.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriterier er element som inneheld krav eller forventningar, og er brukt til å vurdere funna i de undersøkingane som vert gjennomført. Kriteria skal være grunna i, eller utleidd av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området. Dette prosjektet har tatt utgangspunkt i gjeldande regelverk og retningslinjer for forvaltning, tildeling og bruk av forskingsmidlar i Helse Vest, forskingsstrategien, oppdragsdokument og anna relevant grunnlag identifisert i detaljplanlegginga av prosjektet.

I prosjektet har vi gått gjennom relevante dokument frå regionen og frå føretaka. Vi har innhenta statistikk over forskingsaktiviteten i helseføretaka, både den som er finansiert gjennom regionale midlar og på anna vis.

¹ Jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-8.

Vidare har vi intervjuet leiarar og involverte tilsette på fleire nivå. På regionalt nivå har vi intervjuet fagdirektør, leiarar ved Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning (KKF) og leiarar for hovudkomitéen. I helseføretaka har vi intervjuet representantar frå føretaksleiinga, samt leiinga i forskingsavdelinga og representantar for forskarane. Vi har òg intervjuet ein representant frå dei private, ideelle institusjonane (fagdirektør ved Haraldsplass Diakonale Sykehus) og ein brukarrepresentant (leiar av regionalt brukarutval - RBU)).

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektet sitt formål og sine problemstillingar.

2.3 OM INTERNREVISJON

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: «Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekref-
telses- og rådgivningsaktivitet som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjo-
nens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en syste-
matisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessighe-
ten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance.»

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisor Haakon Totland og leiar for internrevisjonen Bård Humberstet.

3 FAKTA

3.1 OMGREP OG AVGRENsingAR

3.1.1 OMGREP

Forskning og utviklingsarbeid (FoU) er kreativ verksemd som vert utført systematisk for å oppnå økt kunnskap, og omfattar òg bruken av denne kunnskapen til å finne nye bruksmåtar². FoU vert gjerne delt i tre aktivitetstypar: grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid.

Grunnforskning er eksperimentell eller teoretisk verksemd som primært vert utført for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlaget for fenomen og observerbare fakta – utan sikte på spesielle bruksmåtar.

Anvendt forskning er verksemd av original karakter som vert utført for å skaffe til veie ny kunnskap, og som primært er retta mot bestemte praktiske mål eller bruksmåtar. Det meste av forskinga i Helse Vest er av denne typen, hovudsakleg i form av klinisk pasientretta forskning og helsetenesteforskning.

Utviklingsarbeid er systematisk verksemd som gjer bruk av eksisterande kunnskap frå forskning og praktisk erfaring, og som er retta mot å framstille nye eller vesentleg forbetra materialar, produkt eller innretningar, eller å innføre nye eller vesentleg forbetra prosessar, system og tenester. Innovasjon inngår i omgrepet utviklingsarbeid.

3.1.2 AVGRENsingAR

Det nasjonale kunnskapssystemet HelseOmsorg21 (rapport 2014) inneheld ein samla strategi for forskning og innovasjon innan helse og omsorg. På same måten har regjeringa ein handlingsplan (2015-2018) for oppfølging av denne strategien. HOD sitt årlege oppdragsdokument til dei regionale helseføretaka har ei omtale av forskning og innovasjon. Helse Vest på si side har to separate strategidokument: *Innovasjonsstrategi 2016-2020* og *Forskningsstrategi 2016-2019*. Vi har funne det hensiktsmessig å avgrense denne revisjonen til den aktiviteten som inngår i den felles *forskningsstrategien* for Helse Vest og universiteta i regionen vår.

Gjennomgangen av gjeldande regelverk og retningslinjer for forvaltning, tildeling og bruk av forskingsmidlar i Helse Vest har vore avgrensa til Helse Vest sine forskingsmidlar på regionalt nivå. Det inneber at ein i denne revisjonen ikkje har revidert bruken av midlar internt i helseføretaka, heller ikkje privatfinansiert forskning eller anna statleg eller internasjonalt finansiert forskning. Derimot skal vi i neste avsnitt gi eit oversyn over desse ulike finansieringskjeldene.

² Kjelde: *Ressursbruk til forskning i helseføretakene i 2015. Hovedresultater og dokumentasjon*. Rapport 2016:25 frå NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning).

3.2 OMFANG

Spesialisthelsetenesta i Noreg brukte i 2016 i alt 3,7 milliardar kroner til forskingsformål, fordelt på dei fire helseregionane. Helse Vest sin del utgjorde nær ein femtedel, 706 mill.kr. Dette går fram av tal frå NIFU, som årleg gjennomfører målingar av ressursbruken til forskning i spesialisthelsetenesta.³

Tabell 1 nedanfor viser kva for kjelder forskingsmidlane i spesialisthelsetenesta kjem frå. Den to største kjeldene er midlar som vert disponert frå føretaka/sjukehusa si eiga basis driftsramme, og dei øyremerkta midlane som vert fordelt via det regionale samarbeidsorganet. I tillegg kjem nokre midlar frå Norges forskningsråd og ulike mindre norske og utanlandske kjelder.

Ser vi all finansiering under eitt, ser vi av nedste raden at helseføretaka og dei private, ideelle sjukehusa i Helse Vest brukte i 2016 2,6 % av dei samla driftskostnadene sine til forskning. Dette er vesentleg meir enn Helse Midt-Norge (1,3 %) og Helse Nord (1,7 %), men mindre enn Helse Sør-Øst (3,3 %).

For Helse Sør-Øst sin del er resultatet påverka av at tilskota frå Norges forskningsråd og andre norske og utanlandske kjelder er mykje større enn til dei andre helseregionane. Det vart opplyst til oss - som ei delforklaring til dette - at i Helse Sør-Øst går mykje av forskingsmidla frå Norges forskningsråd til OUS. I regionen vår har det derimot vore lang praksis at det i hovudsak er UiB som søker - og får tildelt - midlar frå forskingsrådet. Tildelingane til UiB viser ikkje att i Helse Vest-tala.

Tabell 1 – Driftskostnader til forskning i 2016, etter helseregion og finansieringskjelde. Mill. kr. og prosent. (Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivningar.) (Kjelde: NIFU.)

Finansiering	Helse Vest		Helse Sør-Øst		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	Mill.kr	%	Mill.kr	%	Mill.kr	%	Mill.kr	%	Mill.kr	%
Basistilskot HF	470	66,5	1 542	62,2	152	58,1	124	48,2	2 287	61,8
Øyremerkta via RHF/samarbeidsorganet	177	25,1	429	17,3	75	28,7	99	38,4	780	21,1
Norges forskningsråd	13	1,8	225	9,1	12	4,7	19	7,6	270	7,3
Andre norske kjelder	43	6,1	255	10,3	22	8,5	9	3,4	330	8,9
Utlandet	3	0,4	25	1,0	0	0,0	6	2,5	34	0,9
Totalsum	706	100,0	2 477	100,0	261	100,0	257	100,0	3 702	100,0
%-del av samla driftsutgifter		2,6		3,3		1,3		1,7		2,7

³ Sist publiserte rapport var NIFU rapport 2016:25 – Ressursbruk til forskning i helseføretakene i 2015. Våre tal for 2016 er innhenta direkte frå NIFU og vil bli publiserte etter at arbeidet med denne revisjonsrapporten er avslutta.

Forskinga knytt til helse går langt utanfor Noregs grenser, men det kjem omtrent ikkje til syne i denne oversikten. Under ein prosent av forskingsaktiviteten i helseregionane var i 2016 finansiert av utanlandske kjelder.

Det øyremerkte tilskotet til forskning som vert løyvd over statsbudsjettet (frå HOD) består av 30 % i basistilskot, dvs. likt tilskot til alle helseregionar, og 70 % som blir gitt med utgangspunkt i forskingsproduksjon, der bestemte indikatorar er lagt til grunn (avlagte doktorgradar, vitskapelege publikasjonar frå Helse Vest sin totale forskingsproduksjon, og ekstern finansiering som utgår frå aktivitet i helseføretaka).

Løyvinga gjennom det øyremerkte tilskotet vert tildelt til prosjekt og ulike stipend (etter søknad) til forskarar som er tilsett ved eit helseføretak i regionen eller ved ein privat ideell institusjon som har avtale med Helse Vest. Gjennom basisløyvinga (rammetilskotet) finansierer helseføretaka òg forskingsverksemd utført av eige klinisk personale i samband med pasientbehandling, og ressursbruk til bygningar, utstyr og materiale.

Tabell 2 nedanfor viser driftskostnadane til forskning i Helse Vest i 2016.

Tabell 2 – Driftskostnader til forskning i Helse Vest i 2016, etter finansieringskjelde. Mill. kr. og prosent. (Kjelde: NIFU.)

Finansiering	Helse Bergen HF		Helse Stavanger HF		Helse Fonna HF		Helse Førde HF		Sjukehusapoteka Vest HF		Private, ideelle sjukehus ¹		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	349,8	64,2	81,8	72,6	14,8	83,2	7,9	70,6	0,0	0,0	15,7	85,1	470,0	66,5
Øyremerka via RHF/samarbeidsorganet	145,0	26,6	23,1	20,5	3,0	16,8	2,7	24,0	1,3	100,0	2,3	12,6	177,4	25,1
Norges forskningsråd	12,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2,4	0,0	0,0	0,3	1,6	12,9	1,8
Andre norske kjelder	35,0	6,4	7,9	7,0	0,0	0,0	0,3	2,9	0,0	0,0	0,1	0,6	43,4	6,1
Utlandet	2,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,4
Totalsum	545,0	100	112,8	100	17,8	100	11,2	100	1,3	100	18,5	100	706,5	100
%-del av samla driftsutgifter		4,3		1,7		0,5		0,4		0,6		1,4		2,6

¹ Haraldsplass Diagonale sykehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS, NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS, NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus, Solli DPS, Betanien sykehus Bergen, Voss DPS - NKS Bjørkeli

Av dei 706 mill. kr. som vart nytta til forskingsformål i Helse Vest i 2016, stod Helse Bergen for 77 % av kostnadane, medan Helse Stavanger stod for 16 %. Samla stod altså dei to universitetssjukehusa for 93 % av den økonomiske ressursbruken på dette feltet i regionen vår.

Etter kva vi har fått opplyst er det eit nasjonalt mål at universitetssjukehusa skal bruke 5 % av dei totale driftskostnadane sine til forskingsformål. For andre sjukehus er målet 1 %. I Helse Vest var det berre Helse Bergen (med sine 4,3 %) som i 2016 var i nærleiken av å oppfylle dette målet. Helse Stavanger brukte 1,7 %. Landsgjennomsnittet for dei seks universitetssjukehusa var 4,4 % av dei totale driftskostnadane.

Helse Bergen er nest størst av helseføretaka i landet (etter Oslo Universitetssykehus), målt i forbruk av driftsmidlar til forskning. Helse Stavanger er minst blant dei seks universitetssjukehusa. Som vist i tabell 1 er to tredjedelar av forskingsaktiviteten i Helse Vest finansiert av føretaka sine basisløyvingar. Det er klårt høgast av dei fire helseregionane. Helse Bergen åleine har henta frå si basisløyving ca. 50 % av dei samla driftskostnadane som er nytta til forskning i Helse Vest i 2016.

I 2016 vart det utført nær 500 årsverk innan forskingsverksemd i Helse Vest. Dei to universitetssjukehusa stod for 90 % av desse, jf. tabell 3. Kwart forskingsårsverk kosta i gjennomsnitt kr 1 429 000⁴.

Helseføretak/sjukehus	Forskings- årsverk	%
Helse Bergen HF	341,0	69,0
Helse Stavanger HF	103,4	20,9
Helse Fonna HF	19,1	3,9
Helse Førde HF	11,0	2,2
Sjukehusapoteka Vest HF	1,6	0,3
Private ideelle sjukehus	18,4	3,7
Totalt	494,5	100

Føretaksleiinga både i Helse Bergen og i dei små føretaka gjev uttrykk for viktigheita av at Helse Bergen som det største og tyngste forskingsmiljøet i Helse Vest er strategisk aktive i å jobbe mot eksterne finansieringskjelder for å få tilgang til forskingsmidlar derifrå. Dette vil gje ein gevinst for heile regionen, ved at det vil skape rom for at dei mindre føretaka i regionen kan få ein større del av Helse Vest-midlane. Det vart opplyst at Helse Bergen har starta ei konkret satsing i høve til å få større tilfangst av EU-midlar, og at denne satsinga allereie har begynt å gi resultat. Av 33 søknadar har Helse Bergen fått støtte til 7. Frå Helse Stavanger vart det opplyst at dei òg legg opp til ei satsing for å få større tilfangst av eksterne forskingsmidlar frå EU, Forskingsrådet og Kreftforeininga.

Frå alle føretaka vart viktigheita av samarbeid føretaka imellom framheva. AD i Helse Bergen uttrykte det slik: «Eg trur at vi alle er for små enkeltvis. Vi kan oppnå større resultat dersom vi samarbeider på tvers i regionen.» Denne haldninga samsvarer med den regionale forskingsstrategien. I strategimål 4 (om regionalt samarbeid) legg eit av tiltaka eit særskilt ansvar på Helse Bergen og Helse Stavanger, både i høve til å auke samarbeidet seg imellom, og i høve til å involvere dei andre føretaka gjennom nettverksbygging.

⁴ Kjelde: NIFU. Dei oppgitte tala er inklusive sosiale utgifter og påslag av indirekte kostnader. Lågaste årsverkkostnad hadde Sjukehusapoteka Vest (kr 933 000); høgaste hadde Helse Bergen (kr 1 598 000).

3.3 OVERORDNA FORANKRING

3.3.1 LOVMESSIG FORANKRING

Forskningsaktiviteten i spesialisthelsetenesta er regulert av helseforskningslova⁵, som har som formål å fremje god og etisk forsvarleg medisinsk og helsefagleg forskning. Forskrifta til lova skal sikre forsvarleg organisering og gjennomføring av slik forskning. Dette inneber mellom anna at før oppstart skal alle forskingsprosjekt godkjennast av ein Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK). Alle prosjekt skal organiserast med ein forskingsansvarleg, som kan vere ein institusjon eller ein annan juridisk eller fysisk person som har det overordna ansvaret for forskingsprosjektet⁶.

3.3.2 STYRINGSMESSIG FORANKRING

Dei regionale helseføretaka skal⁷ i samarbeid med universiteta og høgskulane i dei respektive helseregionane sine ta hand om 1) saker innan helseforskning og innovasjon av gjensidig interesse, 2) universiteta og høgskulane sine behov for undervisning, opplæring og rettleiing av studentar, og 3) at utdanning og forskning er i tråd med behova til spesialisthelsetenesta.

I helseregionen vår er forskingssamarbeidet regulert av ein avtale⁸ mellom Helse Vest, Universitetet i Bergen, Universitetet i Stavanger og Høgskolen på Vestlandet, som fastset samarbeidsformer og partane sine gjensidige rettar og plikter for å sikre eit godt og resultatretta samarbeid. Avtalepartane har oppretta *Det regionale samarbeidsorganet* som det utøvande organet for dette samarbeidet.

Dei siste åra har auka omfang og implementering av klinisk pasientretta forskning og helsetenesteforskning stått sentralt i oppdragsdokumenta frå HOD til dei regionale helseføretaka. For å auke nytten av denne forskinga er det frå 2015 stilt auka krav om brukarmedverknad og nytte av forskingsprosjekta for pasienten og helsetenesta. HOD har òg lagt vekt på at informasjon om klinisk forskning må gjerast kjent for offentlegheita, slik at pasientar kan få moglegheit til å delta i utprøvande behandling.

3.4 VISJON OG MÅL

RHF-et skal leggje til rette for forskning i helseføretaka, og sørge for at det vert drive god helseforskning. Dette vert gjort gjennom verkemiddel som strategi og retningslinjer, finansiering, samarbeid med helseføretaka om tilrettelegging m.m.

⁵ Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) med forskrift 1. juli 2009 nr. 955.

⁶ Jf. § 4 bokstav e.

⁷ Jf. instruks frå HOD til Helse Vest RHF gjeve i føretaksmøte 24.05.2013.

⁸ Samarbeidsavtalen, sist vedteken våren 2017, byggjer på Lov om universitet og høgskular av 12. mai 1995nr. 22, Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93, vedtekter for Helse Vest RHF fastsatt ved kgl.res. 31. august 2001 med seinare endringar og instruks gitt for styret i Helse Vest RHF i føretaksmøte 26. mars 2004

Ansvar for å utarbeide og følgje opp strategien innan samhandlingsområda er lagt til det regionale samarbeidsorganet. I *Forskningsstrategi 2016-2019*⁹ er følgjande visjon for forskingsverksemda formulert:

«Forskning i Helse Vest skal ha høg kvalitet og nytteverdi, gi ny kunnskap og bidra til trygge og effektive helsetenester.»

Den regionale strategien inneheld følgjande fire mål som skal bidra til å oppfylle denne visjonen:

1. Forskinga i Helse Vest skal vere av høg kvalitet og til nytte for pasienten og tenesta.
2. Forskinga i regionen skal vere nasjonalt og internasjonalt konkurransedyktig.
3. Brukarmedverknad i forskning.
4. Samarbeid mellom regionale, nasjonale og internasjonale forskingsaktørar.

For kvart av måla er det utarbeidd fleire tiltak som skal iverksetjast.

Strategien skal gje retning til samarbeidsorganet på oppgåver som ligg innanfor institusjonane sine samhandlingsområde. Den skal fange opp endringar i overordna mål og prioriteringar. Strategien skal vere eit praktisk verktøy for handtering av forskingsmidlane i Helse Vest, og skal gje rammer for tildeling av konkurranseutsette og strategiske midlar, nedfelt i årleg reviderte retningslinjer. Strategien omhandlar samhandlingsområda mellom Helse Vest, Universitetet i Bergen og Universitetet i Stavanger.

I tillegg til den regionale strategien har dei fire sjukehusføretaka utarbeidd eigne, lokale strategiar; Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Førde for forskning og innovasjon, Helse Stavanger for forskning.

3.5 ORGANISERING AV FORSKINGS- AKTIVITETEN I HELSE VEST

Det faglege, medisinske ansvaret for - og gjennomføringa av - sjølv forskingsaktiviteten i helseføretaka/sjukehusa, vert teke hand om av det einskilde føretaket/sjukehuset. Alle føretaka har lagt ansvaret for forskingsaktiviteten til ei eiga organisatorisk eining, med ein leiar på nivå 2 eller 3. Det faglege innhaldet og gjennomføringa av forskingsaktiviteten i føretaka fell utanfor ramma av denne revisjonen, og vert ikkje omtalt nærare i denne rapporten.

Styret i Helse Vest har delegert myndigheita til å tildele statlege øyremerka tilskot til forskning (gjennom prosjekt og ulike stipend) til det regionale samarbeidsorganet. Dette er samansett av like mange representantar frå Helse Vest (RHF-et og HF-a) og frå utdannings-

⁹ Vedteke av styret i Helse Vest i møte 20.06.2016, jf. sak 081/16

institusjonane, samt to observatørar (frå Norges Forskningsråd og private, ideelle institusjonar) og ein brukarrepresentant (frå RBU). Leiar er regional fagdirektør.

Det er oppretta faglege vurderingskomitéar til å vurdere alle søknadar om forskingsstipend - tre underkomitéar og ein hovudkomité. Desse består av personar frå nasjonale eller nordiske institusjonar utanfor regionen, som har vesentleg forskingserfaring innan relevant disiplin. Samarbeidsorganet gjer vedtak om tildeling av forskingsmidlar etter innstilling frå hovudkomitéen.

Sekretariat for samarbeidsorganet er Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning (KKF). KKF er administrativt ein del av forskings- og utviklingsavdelinga i Helse Bergen HF, men funksjonen som sekretariatsleiing rapporterer til regionalt nivå og er løna derifrå.

I omtala av KKF på Helse Bergen sine nettsider er det framheva at kompetansesenteret har ei sentral rolle i vidareutviklinga av rammene for den kliniske forskinga i Helse Vest. Senteret si hovudoppgåve er å styrke forskinga både i omfang og kvalitet ved å bidra med profesjonell forskingsstøtte og oppdaterte IKT-løysingar.¹⁰

Informantane våre frå leiinga i KKF opplever at forvaltninga av prosessane for søknad, vurdering og tildeling av forskingsmidlar har høg grad av tillit i fagmiljøa i føretaka og dei ideelle institusjonane i Helse Vest. Det er deira inntrykk at habiliteten vert sikra på ein god måte, og at det faglege skjønnet er forsvarleg og godt. Som vi skal sjå i neste avsnitt gav informantane våre i føretaka langt på veg uttrykk for den same oppfatninga.

3.6 TILDELING AV MIDLAR – RETNINGSLINJER OG PROSESS

3.6.1 NASJONALE FØRINGAR

Etter oppdrag frå HOD har RHF-a utarbeidd og vedteke felles retningslinjer for *større grad av brukarmedverknad* i ulike fasar av helseforskinga¹¹. Vektlegging av brukarmedverknad er òg eit viktig element i regjeringa si handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

I 2015 gav HOD dei fire RHF-a i oppdrag¹² å utarbeide felles retningslinjer for korleis prosjektsøknadar skal beskrive forventta nytte for pasienten og tenesta, og korleis ny kunnskap kan takast i bruk i tenesta. Dei nye nasjonale vurderingskriteriene, som gjeld frå 2016, byggjer på kravet om at nyttevurderinga skal likestillast med kvalitetsvurderinga av søknadane.

¹⁰ Jf. <https://helse-bergen.no/avdelinger/forskings-og-utviklingsavdelinga/forsking-og-innovasjon/regionalt-kompetansesenter-for-klinisk-forsking>

¹¹ Jf. Oppdragsdokument 2013 Helse Vest RHF. Retningslinjene for brukarmedverknad i helseforsking vart vedtekne av styret i Helse Vest RHF 07. 04.2015.

¹² Jf. Oppdragsdokument 2015 Helse Vest RHF. Dei nye retningslinjene vart vedtekne i interregionalt AD-møte 25. april 2016.

Kvalitetskriteriet er ei vurdering av prosjektet, søkjarens og forskingsmiljøet sin vitenskapelige kvalitet, der følgjande element inngår:

- Originalitet
- Søknadens utforming
- Gjennomføring
- Søkjars kvalitet
- Forskingsmiljø

Kvart av desse elementa er utdjupa i 2-5 underpunkt.

Nyttevurderinga er ei vurdering av prosjektet sin nytteverdi/betyding for pasientar og helse-tenesta. Følgjande element inngår:

- Grunngeving i behov
- Betyding av ny kunnskap
- Implementeringsmoglegheiter
- Kompetansebygging
- Gjennomslagskraft og synlegheit

Kvart av desse elementa er utdypa i 3-4 underpunkt.

Informantane våre var udelt positive med omsyn til at nyttevurderinga no skal vere likestilt med kvalitetskriteriet. Føretaksleiarane gav desse kommentarane:

- «Det overordna perspektivet med nytt nyttekrav utfordrar forskarane – til det gode. Vi ynskjer det velkomen. Målet er betre helseteneste og betre pasientbehandling.»
- «Det er positivt at nytteaspektet no vert tillagt større vekt i vurderinga av forskingsprosjekt, nettopp fordi føretaket driv mykje klinikknær forskning.»
- «Vi skal ha praktisk forskning som vil vere til nytte for pasienten.»
- «»Nytte« er so mangt. Nytte i dag eller nytte i morgon? Gjennom forskinga vår har vi utvikla ein ny operasjonsmetodikk med bakgrunn i kvalitetsmetodikk som foreinar kunnskap på tvers av mange fagmiljø.»

Frå forskarinformantane vart det lagt vekt på at forskarane i helseføretaka driv klinikknær forskning der spørsmåla kjem frå klinikarane sjølve med bakgrunn i deira eiga kliniske verksamd. Dermed vil nytteaspektet i forskinga deira vere sentralt og velgrunna. Utfordringa er å underbygge og formidle nyttebeskrivinga tilstrekkeleg sterkt i prosjektsøknaden til at søknaden vert prioritert, vart det sagt.

Fleire trakk fram viktigheita av å sjå «nytte» i realistisk tidsperspektiv. For pasientnær forskning vil ein 10-årsperiode vere rett perspektiv, vart det sagt. Det vart òg framheva at det er ein kompleks diskusjon kva som til sist er «nyttig» for pasientane. Kva er realiserbar nytte – inkluderer det til dømes eksperimentell behandling?

Ein av forskarmentorane la vekt på at den viktigaste nytta Helse Vest har av forskinga i føretaka, er den som vert skapt «i hovudet» til den einskilde forskaren av kompetanse innan eige fagområde og innan generell forskarkompetanse. Det vart sagt i intervjuet at forskaren vart

trena i å stille kritiske spørsmål til etablert praksis, og til å bli bevisst det å søke nye løysingar, sjå nye muligheiter. Dette var viktig ferdigheit å ta med seg tilbake på arbeidsplassen etter at forskingsprosjektet vart avslutta..

Det kom òg til uttrykk ein viss frykt for at det vil vere ein langvarig prosess før vurderingskomitéane i praksis vil vurdere nytte like tungt som kvalitet.

3.6.2 REGIONALE FØRINGAR OG RETNINGSLINJER

Den regionale forskingsstrategien understreker at forskingsmidlane skal vere eit insentiv og økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskingskompetanse i føretaka, og auke produktiviteten, nytten og kvaliteten på forskinga. For å kunne søkje om midlane må søkjaren vere tilsett ved eit helseføretak i regionen eller ein privat ideell institusjon som har avtale med Helse Vest.

Ved handsaminga av Forskingsstrategi 2016-2019 vedtok styret i Helse Vest å øyremerke inntil 5 mill. kr. årleg i minimum 3 år. Målet med denne satsinga er å bygge opp forskingsverksemda og sikre gode forskingsmiljø i dei to minste helseføretaka og dei private, ideelle institusjonane, på områder som er av stor betydning for desse. Det er sett som krav at søkjarinstitusjonane bidreg med tilsvarende sum i eigenfinansiering. For desse midlane er det ein eigen tildelingsprosess.

Det er opplyst at heile regelverket og premissane for søknadsprosessen er utarbeidd av KKF og vedteke av samarbeidsorganet i Helse Vest. Dei webbaserte systema ein nyttar for elektronisk innlevering av søknadar om forskingsmidlar (*eSøknad*), for vurdering av søknadane (*eVurdering*) og for rapportering om forskingsprosjekt (*eRapport*), er alle utvikla i Helse Vest.

Etter delegert myndigheit frå styret i Helse Vest har samarbeidsorganet vedteke at (inntil) 25 % av forskingsmidlane skal øyremerkast til strategiske satsingar for å heve forskingssvake område, ivareta politiske prioriteringar og støtte spesielt gode miljø som ein ønskjer skal heve seg ytterlegare. Dei resterande 75 % skal tildelast gjennom den opne, årlege tildelingsrunda. Av desse midlane skal 60 % fordelast til forskarutdanning, med eit mål om at fordelinga mellom doktorgradsstipend og postdoktorstipend skal vere 60/40.

Samarbeidsorganet har lagt føringar for tildeling av forskingsmidlane; kva ein kan søkje om, kven som kan søkje midlar, vurderingsprosessen, handtering av forskingsmidlane og utarbeidd retningslinjer for kvar søknadskategori m.m.

Det er utarbeidd fyldig skriftleg informasjon om dette, som er gjort tilgjengeleg på Helse Vest sine nettsider.¹³ Informasjonen er inndelt tematisk og dekkjer til dømes retningslinjer for:

- den som skal søke
- den som har fått tildeling

¹³ <https://helse-vest.no/vart-opppdrag/vare-hovudoppgaver/forskning/forskningsmidlar/>

- søknadsvurdering, tilbakemelding og klageåtgang
- dei ulike stipendkategoriane
- handtering av tildelte forskingsmidlar.

Informantane våre gav uttrykk for stor semje om at dei opplever retningslinjene, organiseringa og tildelingsprosessen som svært ryddig, ordentleg og forsvarleg. Fleire av dei viste i så måte til at situasjonen for meir enn 10 år tilbake var den motsette, ved at ein den gongen opplevde søknadsbehandlinga å vere i sterk favør av Helse Bergen.

Vi fekk opplyst at RHF-et i 2006 bestilte ei evaluering av forskingsverksemda. Dels etter innspel frå forskarmiljøa, resulterte denne i at ein av habilitetsomsyn gjekk over til utelukkande eksterne medlemmar i vurderingskomitéane. Sidan då er heile regelverket og premissane for søkeprosessen utarbeidd av det regionale kompetansesenteret KKF og vedteke av samarbeidsorganet. Den ålmenne tilbakemeldinga frå informantane var at dagens system har eit godt renommé i forskarmiljøa, at det er truverdig og at ein har tillit til fordelingsresultatet.

3.6.3 FØRETAKA OG INSTITUSJONANE SI ROLLE

Alle helseføretaka har sin eigen lokale forskingsstrategi for å følgje opp den regionale strategien. Helse Bergen og Sjukehusapoteka Vest har enno ikkje revidert sine strategiar (for høvesvis 2012-2016 og 2012-2015) slik at desse følgjer gjeldande regionale forskingsstrategi 2016-2019.

Informantane våre i føretaksleiingane la stor vekt på at det er eit viktig leiaransvar å leggje best mogleg til rette for – og stimulere - forskingsaktiviteten i eige føretak.

I alle føretaka fekk vi opplyst at ein i dei siste åra har jobba systematisk med å klårgjere satsingsområde, sikre strategisk forankring og gjere naudsynte prioriteringar. Helse Bergen opplyste at forskning regelmessig er på dagsorden på nivå 2-møter, der desse tema vert drøfta. Dei små føretaka har dei siste åra utvikla forskingsadministrasjonen og arbeidssystematikken for å styrke forskingsinnsatsen.

I dei to største føretaka er det lagt til nivå 2 å godkjenne kva for prosjektsøknadar som skal sendast inn i den regionale tildelingsprosessen.

- I Helse Bergen er myndigheita lagt til klinikkdirektørane.
- I Helse Stavanger vert søknadane saksbehandla av forskingsavdelinga. Klinikkdirektørane vert informert om godkjente søknadar og må gje tilbakemelding om dei har innendingar.
- I Helse Fonna vert søknadane først vurdert av forskingsseksjonen; deretter må dei godkjennast av klinikkdirektør og til sist av AD.

I Helse Bergen vart det framheva at innsatsen til nivå 2-leiarane er heilt sentral for å løfte fram forskning. Nokre av desse er dynamiske og driftige byggjarar, vart det sagt, medan andre tek langt mindre tak innan forskingsområdet. I den lokale forskingsstrategien ligg det til

grunn at kvar einskild nivå 2-direktør har ansvar for å skaffe seg eit økonomisk handlingsrom innan eigen avdeling/klinikk for å sikre økonomi til forskning. Det vart opplyst at ein ved slik innsats gjennom mange år langt på veg har lukkast med dette, noko talmaterialet stadfestar. At AD gjev forskning eit strategisk fokus, slik at heile føretaket held trykket på at forskning er ein viktig og god investering, vart òg trekt fram som svært viktig.

Forskningsutvikling innan fagområde er samstundes svært personavhengig, vart det påpeikt overfor oss. Der ein har eldsjeler veks det gjerne fram eit større forskingsmiljø som varar ein del år. Dersom ein då ikkje gjer ein målretta innsats for å halde aktiviteten oppe, tørkar miljøet inn og stipendstøtta stoppar opp.

Fleire av informantane i Helse Fonna og Helse Førde – både blant leiarane og blant forskarane - understrekte at dei små føretaka sjølve har eit ansvar for både å bringe fram eit tilstrekkeleg høgt kvalitetsnivå på forskingsprosjekta, og å skrive prosjektsøknadar som er gode nok til å få tildelt midlar. Vi fekk opplyst at begge føretaka har sett av midlar lokalt til stimulerings tiltak for å oppmuntre til forskingsaktivitet i eit lokalt miljø. Det vert gjeve strategiske stimuleringsstipend som skal frikjøpe mottakaren slik at vedkomande skal kunne kvalifisere seg til å skrive ein prosjektsøknad med tilstrekkeleg høg kvalitet til å verte prioritert ved den regionale tildelinga. Målet er at ein med ei slik lokal satsing på sikt skal klare å utløyse regionale midlar som vil styrke eigen forskingsaktivitet.

3.6.4 TILDELINGSPROSESSEN

Den årlege, ope utlyste tildelingsprosessen startar med at samarbeidsorganet vedtek rammer og retningslinjer for søknadsprosessen med bakgrunn i evaluering av fjorårets prosess.

Utlysinga vert kunngjort på Helse Vest si forskingsnettside, der det er lagt ut omfattande informasjon som er tematisk organisert, samt praktisk rettleiing om *eSøknad*. Fast årleg søknadsfrist er 15.september.

Dei ope utlyste forskingsmidlane har ulike søknadskategoriar:

- Doktorgradsstipend
- Postdoktorstipend
- Open prosjektstøtte
- Karrierestipend
- Korttidsprosjekt
- Utanlandsstipend

Retningslinjer for kvar av søknadskategoriene er tilgjengelege for søkjarane på RHF-et sine nettsider.

Det er egne utlysingar og søknadsfristar for strategiske forskingsmidlar, og for midlar spesielt øyremerka for dei to minste helseføretaka og dei private, ideelle institusjonane.

Prosesen i dei faglege vurderingskomitéane som vurderer alle søknadane, er ordna slik at søknadane først vert fordelt til dei tre underkomitéane. Dei søknadane som vert prioriterte her, vert deretter vurdert og rangert av hovudkomitéen, som legg spesiell vekt på overordna, heilskapleg vurdering og som har kunnskap om regionen sin forskingsprofil. I hovudkomitéen sit leiarane av dei tre underkomitéane. Leiar av hovudkomitéen deltek òg i drøftingane i underkomitéane.

Vurderings- og tildelingsprosessen er òg støtta av eit webbasert system, *eVurdering*. Her er det lagt inn ei vurderingsmatrise som underkomitéane nyttar for kvar einskild søknad. Matrisen vert fylt ut med vurderingsstikkord og poengsum for kvart av dei i alt 10 delkriteria som søknaden si beskriving av prosjektkvalitet og forventa nytte av prosjektet skal vurderast opp imot. Samarbeidsorganet har vedtatt at alle dei 10 delkriteria skal vektast likt.

Basert på ei ferdig utfylt vurderingsmatrise i *eVurdering*, er den innleiande vurderinga av søknadane svært matematisk, fekk vi opplyst. I underkomitéen vert kvar søknad vurdert av eit hovudansvarleg og eit biansvarleg medlem. Vurderingane deira vert så behandla saman med leiaren i underkomitéen. Dei klårt høgast vurderte (= «beste») søknadane går i praksis raskt vidare til tilrådd innvilging, medan underkomitéen vurderer vidare dei gode søknadane i gruppa «kan få støtte» og gjer ei grundigare vurdering som leier fram til kva for søknadar som til slutt vert tilrådd til støtte overfor hovudkomitéen. I denne fasen vert vurderingsmatrisa berre nytta som støtteverkty. Både underkomitéane si utveljing av søknadar som skal vurderast vidare, og hovudkomitéen si endelege innstilling, skjer på grunnlag av munnlege drøftingar og samla skjønsmessige vurderingar og avvegingar. Svært lite av saksbehandlinga er skriftleg dokumentert, fekk vi opplyst frå hovudkomitéen sin leiar.

Samarbeidsorganet gjer endeleg vedtak om tildeling, basert på innstillinga frå hovudkomitéen. Alle søkjarane får tilsendt individuelt svar på søknaden sin. I tillegg vert saksframlegget og vedtaket frå samarbeidsorganet publisert på Helse Vest sine nettsider, saman med ein oversikt over kven som har fått tildelt midlar. Avslåtte søknader blir ikkje publisert.

Regionalt kompetansesenter (KKF) er sekretariat for heile søknads- og tildelingsprosessen. Dei administrerer søknadane og følgjer behandlingane i vurderingskomitéane og i samarbeidsorganet. Etter at vedtak er gjort, sender dei svarbrev til søkjarane og informerer om praktiske tilhøve; forventningar om oppfølging frå stipendiaten si side til dei som har fått tildeling, informasjon om klageåtgang til dei som har fått avslag.

Det er utarbeidd retningslinjer for klageåtgangen, som er tilgjengelege på nettet. Av desse går det fram at søkjar berre har høve til å klage på *saksbehandlingsfeil* eller *faktaopplysningar* som blir brukt i grunngjeving for avslag. Det er ikkje høve til å klage på utøvinga av det faglege skjønnet i vurderinga.

Som nemnt ovanfor, gav informantane våre generelt uttrykk for stor grad av semje om at både systemet for tildeling av forskingsmidlar og tildelingsprosessen i all hovudsak er god

og forsvarleg. Inntrykket er at noverande søknadssystem er det best moglege. Like fullt kom det til uttrykk ein del kritiske kommentarar.

Nokre synspunkt frå informantar som sjølv sit i samarbeidsorganet:

- I dei tyngste forskarmiljøa (UiB og Haukeland sjukehus) er ein tilbøyelige til å meine at dei små føretaka er for små til å drive høgverdig forskning. Sjølv meinte informanten at det sjølvsagt er viktig å stimulere toppforskninga, men at det òg i dei små føretaka er viktig for det faglege nivået å ha eit innslag av skeptisk, akademisk tenking som grunnlag for pasientbehandlinga.
- I den skarpe konkurransen om forskingsmidlane er det dei store, tunge forskingsmiljøa som vert prioritert. Dei som er gode frå før, har ein fordel ved tildelingane; det er viktig å vere god i å skrive søknadar. Innovasjon i søknadane vert lågare prioritert.
- Eit moment som spelar inn i vurderingane er at dei fleste komitémedlemmane sjølv har den faglege bakgrunnen sin innanfor biomedisin.
- Ein sit att med nokon tvil om vurderingskomitéane har tilstrekkeleg kompetanse til å vurdere òg helsefaglege tema.

Forskarinformantar uttrykte ei viss undring over kor vidt vurderingskomitéane er tilstrekkeleg kjende med overordna føringar som eit grunnlag for vurderingane og prioriteringane sine.

Internrevisjonen har ikkje gått inn i enkeltsaker.

3.6.5 TILDELINGA HAUSTEN 2016

I søknadsrunden hausten 2016 (tildeling for 2017) vart det innstilt prosjekt i 21 av 25 aktuelle fagfelt. Dei fem fagfelte med flest søknadar i 2016 var *Hjerte, kar og luftveier* (35), *Onkologi* (32), *Biomedisin (inkl. immunologi)* (30), *Neurologi* (28) og *Psykiatri* (28). Dei same fagområda var òg på topp i søknadsrunden i 2015. Fagområdet *Helsevitenskap* var nr. 8 på lista i 2016, med 3 innstilte søknadar (av 16) som fekk tildelt nær 2,7 mill.kr.

Som vist i tabell 4 nedanfor, representerer dei fem øvste fagområda 55 % av både innstilte søknadar og søknadar totalt i 2016, og 58 % av totalbeløpet som vart innstilt til nye søknadar dette året. Dette totalbeløpet, 53,4 mill. kr., utgjorde 28 % av dei tilgjengelege forskingsmidlane for 2017, medan dei resterande 72 % dekkjer vidareførte forpliktingar frå førregående års tildelingar. Dette går fram av tabell 5.

Tabell 4 – Prosjekt etter fagområde – innstilte og vidareførte 2017 (= tildeling hausten 2016). (Kjelde: Det regionale samarbeidsorganet.)

Fagområde (totalt: 25)	Innstilte søknadar	Antal søknadar		Innstilt beløp 2017	Vidareførte prosjekt	Innstilte + vidareførte
		Totalt	% innstilt			
Onkologi	9	32	28 %	8 471 000	16	25
Biomedisin (inkl. immunologi)	9	30	30 %	7 772 000	11	20
Nevrologi	8	28	29 %	6 781 000	20	28
Psykisk helse	7	28	25 %	4 409 000	15	22
Hjerte, kar og luftveggar	5	35	14 %	3 586 000	10	15
Summar 5 øvste:	38	153	25 %	31 019 000	72	110
Totalsummar:	69	288	24 %	53 391 000	156	225

Tabell 5 – Tilgjengelege forskingsmidlar 2017 (= tildeling hausten 2016). (Kjelde: Det regionale samarbeidsorganet.)

	Vidareførte forpliktingar (mill.kr.)	Tilgjengeleg til nye søknadar (mill.kr.)	Sum tilgjengelege midlar (mill.kr.)
Konkurransetsette midlar (75 %)	91,0	52,8	143,8
Strategiske satsingar (25 %)	46,1	1,9	48,0
Totalt:	137,1	54,6	191,8

Oversikten over korleis søknadar som har fått tildelt forskingsmidlar for 2017 er fordelt på søkjarinstitusjonane (jf. tabell 6), viser at 83 % av søkjarane har tilknytning til Helse Bergen, 13 % til Helse Stavanger og 4 % til to små helseføretak. Dette gjev eit fordelingsforhold mellom Helse Bergen og Helse Stavanger på om lag 6:1. Ser ein på storleiksforholdet dei to universitetssjukehusa imellom målt i totale driftskostnader, er dette 2:1. Ei forklaring på denne variasjonen i forholdstal både i tal søknadar totalt og tal tildelingar, er at Helse Bergen – som eitt av dei to største universitetssjukehusa i landet, og regionsjukehus i Helse Vest - gjennom mange tiår har bygd opp det klårt største og tyngste kliniske forskingsmiljøet i regionen.

Tabell 6 – Innstilte søknadar 2017 fordelt på søkjarinstitusjon – antal og beløp (= tildeling hausten 2016). (Kjelde: Det regionale samarbeidsorganet.)

Søkjarinstitusjon	Antal søknadar		Andel av søknadar	% av innstilte	% innstilte av egne søknadar	Innstilt sum
	Innstilt	Totalt				
Helse Bergen HF	57	222	77 %	83 %	26 %	44 213 400
Helse Stavanger HF	9	42	15 %	13 %	21 %	7 376 000
Helse Fonna HF	1	6	2 %	1 %	17 %	434 000
Helse Førde HF	-	5	2 %	-	-	-
Sjukehusapoteka Vest HF	2	3	1 %	3 %	67 %	1 368 000
Haraldsplass Diakonale Sykehus	-	9	3 %	-	-	-
Solli Distriktpsyk. Senter	-	1	0 %	-	-	-
Totalsummer:	69	288	100 %	100 %		53 391 400

Frå 2016 er det blitt introdusert eit nytt element, ved at alle avslaga inneheld ei tilbakemelding med ei kort grunngjeving. Tidlegare fekk berre dei som bad om det, ei slik tilbakemelding. Hovudkomitéen sin leiar opplyste at nyordninga er noko ho har fått gjennomført, og det er ho sjølv som skriv grunngjevinga til alle som har fått avslag. I tillegg til ei kortfatta beskriving av søknaden, inneheld grunngjevinga frasar som til dømes «Støtteverdig, men nådde ikkje opp», «Ikkje støtteverdig (i noverande form)», eller at anten fagleg kvalitet eller praktisk nytteverdi vart sett som god, men ikkje god nok.

Forskarinformantar som hadde søknad til behandling hausten 2016, gav uttrykk for at den grunngjevinga som vart gjeve for avslaget, var for kort og på eit overordna nivå, slik at ho i praksis har liten verdi som fagleg tilbakemelding. Vi veit ikkje kor representative slike utsegner er.

3.6.6 OPPFØLGING I PROSJEKTPERIODEN

Tildelinga av stipendmidlar frå Helse Vest vert i prosjektperioden følgt opp dels lokalt, dels regionalt.

Tilsetjinga i ei forskarstilling er knytt til eit av dei lokale helseføretaka (eller ein av dei private, ideelle institusjonane). Dei har arbeidsgjevaransvaret for forskaren, og skal rekneskapsføre forskingsmidlane knytte til han. Rekneskapsføraren skal kvart år foreta *økonomisk rapportering* til RHF-et for kvart forskingsprosjekt for å vise kor mykje av stipendmidlane som er brukt. Dei fleste føretaka har samla arbeidsgjevaradministrasjonen for forskarane i forskingsavdelinga si. I Helse Bergen er administrasjonen lagt til dei aktuelle avdelingane.

Fleire av informantane våre frå desse einingane opplyste at føretaka har eigne retningslinjer og rutinar for prosjektleiing og forvaltning av dei økonomiske forskingsmidlane. Dei gav uttrykk for at det er vanleg at forskarane sjølv ikkje er spesielt opptekne av dei administrative sidene ved forskingsaktiviteten. Slike rutinar er difor både ei naudsynt del av internkontrollverksemda og ein service overfor forskarane sjølv i å sikre at dei administrative krava vert oppfylt. Òg klinikkane som avgjer forskarane er godt nøgde med at det er ei eiga forskings-eining som følgjer opp all forskaradministrasjon, fekk vi opplyst.

Sidan mange av stipendmottakarane kjem frå klinisk verksemd, er det opna for å ta ut stipendet i 50 % stilling over 6 år (normert tid er 3 år), slik at det skal vere mogleg å kombinere klinikk og forskarutdanning.

Den faglege rapporteringa gjennom heile stipendperioden skjer til samarbeidsorganet/KKF. Kvart år må stipendiaten levere ein fagleg rapport, som mellom anna skal beskrive den faglege framgangen til prosjektet. Ein av forskarinformantane sa det slik: «I den årlege rappor-

ten vert eg pålagt svar på kor langt eg er kome, og kva eg har gjort; ikkje spesifikk rapportering om korkje nytteaspektet ved prosjektet eller om faktisk brukarmedverknad.»

Den årlege rapporteringa skjer elektronisk i *eRapport*, og vert lagt ut i forskingsportalen til RHF-a¹⁴ som er tilgjengeleg for ålmenta.

Frå Sjukehusapoteka Vest vart det gjeve uttrykk for at avgjevande føretak rutinemessig bør få tilsendt kopi av den årlege rapporteringa som skjer til KKF. I tillegg ynskjer dei å få inn i stipendavtalen at forskaren skal rapportere til eige føretak to gonger i året, og dessutan ha ein lokal rettleiar, for å sikre at føretaket får noko att av forskinga og forskaren i stipendperioden.

Revisjonen har som nemnt omhandla dei regionale midlane, og her synest det å vere ei god oppfølging av prosjektrekneskapane frå RHF-et si side. Denne funksjonen er likevel sårbar og vil i 2017 gjennomgå eit personsifte. Vi har grunn til å tru at denne overgangen går bra. Internrevisjonen har vel og merke ikkje gått inn i konkrete forskingsprosjekt eller på annan måte testa internkontrollen på det økonomiske området. Vi har på andre sida ikkje kome over opplysingar som tyder på at vi burde det, det vere seg skuldingar om misleghald, eller skuldingar eller indikasjonar på annan svikt i internkontrollen.

3.7 FORMIDLING AV FORSKINGA

Den regionale forskingsstrategien legg vekt på at forskinga skal vere til nytte for pasienten og tenesta. For å oppnå dette er eitt av tiltaka (i mål 1) å styrke satsinga på formidling av forskingsresultat til brukarar, behandlarar, myndigheiter og befolkninga. Det vert understreka at dei som får tildelt midlar har ansvar for å formidle forskingsresultata og den nytte desse kan ha for tenesta.

Slik formidling skjer framfor alt innan forskarane sine fagmiljø, gjennom publisering av artiklar i nasjonale og internasjonale medisinske fagtidsskrift. Av det øyremerkte statstilskotet som går til RHF-a til forskning, vert 70 % berekna ut frå forskingsproduksjonen deira. «Vit-skapelege publikasjonar» er ein av tre indikatorar som her er lagt til grunn.

Tilbakemeldingane frå informantane våre i helseføretaka stadfestar dette. Omsynet til finansiering av eiga, vidare forskingsverksemd gjer at det er publisering av forskingsresultat i fagtidsskrift som er det aller viktigaste. Særleg dei to universitetssjukehusa har i den lokale forskingsstrategien sin mål om vekst i forskingsvolumet som gjer det naudsynt å få tilgang til eksterne forskingsmidlar.

¹⁴ <http://forskningsprosjekter.ihelse.net/>

Fleire av forskarane kom inn på utfordringa med å ta aktivt i bruk formidling i elektroniske media. Ein av forskarinformantane i Helse Bergen opplyste at han i høve publisering i eit fagleg, internasjonalt forum laga - med hjelp frå kommunikasjonsavdelinga ved UiB - ein kort informasjonsvideo (på 2 ½ min.) om forskingstemaet sitt. Ein av forskarinformantane i Helse Stavanger publiserte ein artikkel på forskning.no, som òg vart lagt ut på sjukehuset si facebookside. På svært kort tid fekk postinga 40.000 treff, fekk vi opplyst.

I Helse Fønna nemnde fleire informantar «forskningsfilmar» som er laga som ledd i kommunikasjonsplan for forskingsstrategien. Filmane viser bredde i forskingstema, og seier òg noko om nytte av forskning i eit mindre føretak. Filmane har fått mykje merksemd, og er eit godt døme på samarbeid mellom kommunikasjonseininga og forskingsmiljøa.

I alle føretaka opplyste informantane både frå leiinga og frå forskarmiljøa at dei har fokus på lokal formidling av forskingsresultat. Her er det formidling innan eige fagmiljø det vert gjort mest av, men i nokon grad òg utover i eigen organisasjon. Det vart peikt på som ei utfordring at sjølv innan eigen organisasjon krev slik formidling eit betydeleg «salsarbeid» for å gjere kollegaene tilstrekkeleg nysgjerrige på nye forskingsresultat og nye metodar. Tilbod om slik lokal formidling kan dessverre lett «drukne» blant mange gode tilbod som konkurrerer om tida i ein hektisk kvardag, vart det sagt.

Leiinga i Helse Bergen framheva det som ei viktig leiaroppgåve å formidle forskingsresultat aktivt for å bidra til nytenking i organisasjonen, og for å sørge for at resultata vert teke aktivt i bruk i pasientbehandlinga. Frå Helse Stavanger vart det vist til at auka fokus på forskning i legemiljøet ved sjukehus fører til ei sterk auke i kritisk, analytisk og logisk tenking innan eige fagområde. Slik auka vitenskapleg tenking vil òg føre til betre pasientbehandling, vart det framheva.

Fleire av forskarane peikte på at dei held mange foredrag for pasientgrupper og -foreiningar, på bakgrunn av invitasjon derifrå. Forskarane opplevde det som nyttig å bidra til å bringe slik informasjon ut til pasientgruppene. Samstundes sa andre frå same gruppa at forskarmiljøet framleis er alt for dårlege på slik formidling, både til brukargrupper, til interne fagmiljø og til lokale media.

Oppslag om forskingsverksemd eller -resultat i dagspressa er vanskeleg å oppnå, vart det sagt. Når det skjer, er det etter forskarane si erfaring ofte eit resultat av at personar i fagmiljøet er gode til å «selje inn» ei historie til ein journalist. Slike artiklar har ofte ei personleg vinkling frå pasientståstad. Pressa synest på si side å vere meir opptekne av nokre tema enn andre (til dømes fedme, diabetes og kreft), noko som gjer det lettare å selje desse inn. Frå Helse Bergen vart det opplyst at medisinsk fakultet har tilsett ein tidlegare NRK-journalist til å lage gode presentasjonar og oppslag som kan brukast i ålmenne pressemedia.

Informantane gav generelt uttrykk for at det er ønskjeleg med meir mediemerkeemd kring forskingsaktiviteten i føretaka. Ein ynskjer å vere synleg på mange frontar, både gjennom lokal presse, frammøte på arrangement, på nettstader og i sosiale media. Dei ulike forskarmil-

jøa og føretaka synest i varierende grad å ha ein konkret strategi for korleis dette skal oppnåast.

På oppdrag frå HOD¹⁵ har dei fire regionale helseføretaka sidan 2013 utarbeidd ein årleg nasjonal rapport, *Forskning og innovasjon til pasientens beste*. Rapporten har til føremål å synleggjere resultat frå forskinga i spesialisthelsetenesta både for politiske avgjerdstakarar og publikum generelt. Dette vert gjort dels gjennom artiklar som presenterer eit utval pasientnære forskingsprosjekt frå heile landet, og dels gjennom ei statistisk framstilling av helseføretaka sine nasjonale nøkkeltal.

3.8 BRUKARMEDVERKNAD

Brukarmedverknad skal gje meirverdi for forskinga, og inneber å involvere brukarane i forskingsarbeidet som rådgivarar, samarbeidspartnarar, medforskarar eller ved at dei er med som representantar eller observatørar i forskingsgrupper eller andre organ som legg til rette for, og gjer vedtak om forskning. Brukarar i helseforskning vil primært – men ikkje nødvendigvis – vere pasientrepresentantar og pårørande¹⁶.

Det er eit krav at søknadar om forskingsmidlar skal gjere greie for i kva grad brukarar er involvert i planlegging, involvering, gjennomføring og formidling av forskingsprosjekt og – resultat. Dersom det ikkje vert sett på som relevant å involvere brukarar i prosjektet, skal det gjerast greie for dette i søknaden.

Brukarane kan delta i alle fasar av forskingsprosessen¹⁷:

- Identifisere og prioritere tema eller behov for ny kunnskap og nye metodar
- Vere deltakarar i prosjektet (i referansegrupper, eller t.d. som medforskarar)
- Ta del i vurdering og tildeling av forskingsmidlar
- Formidle resultatata frå forskingsprosjekt.

Kravet om at RHF-a skal sørgje for brukarmedverknad i forskning kom første gongen i 2009 i oppdragsdokumentet frå HOD. I same dokumentet for 2013 kom kravet om «større grad av» slik medverknad i dei ulike fasane av forskinga, og dette resulterte i at ein i alle RHF-a frå 2015 av har hatt felles retningslinjer for dette.

I rapporten frå arbeidsgruppa som utarbeidde forslaget til dei nasjonale retningslinjene¹⁸, vart det peikt på at samspelet mellom forskarar og brukarar er eit viktig moment for å lukkast i praksis. Det vart understrekt at rolleavklaring og opplæring er ei føresetnad for vellykka medverknad. Likeins vart det erkjent at brukarmedverknad er nytt for mange forska-

¹⁵ Jf. Oppdragsdokument 2013 Helse Vest RHF

¹⁶ Sjå <https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/forsking/forskingsmidlar/retningslinjer-og-skjema/formal-og-kriterium>

¹⁷ Jf. Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien side 7.

¹⁸ *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge. Forslag til retningslinjer og tiltak*. Rapport frå nasjonal arbeidsgruppe 10.02.2014.

rar. Difor vart det framheva i rapporten at det må jobbast for å leggje til rette for dette og innarbeide ein positiv kultur i forskingsmiljøa for å oppnå større grad av brukarmedverknad, slik kravet frå HOD tilseier.

Informantane våre i helseføretaka stadfesta at i starten sprikte meiningane i dei lokale forskarmiljøa sterkt med omsyn til synet på brukarmedverknad. Framleis synest delar av forskingsmiljøet å meine at dette er ei «døgnfluge». Informantane gav uttrykk for at den klårt rådande oppfatninga i føretaka likevel er at ein er undervegs i å endre kulturen blant forskarane, men at denne endringa tek tid. HOD sitt krav har konkret ført til større brukarmedverknad dei siste par åra. Det vert uttrykt at forskarmiljøa er godt i gang med å tilpasse seg; ikkje berre som følgje av krav ovanfrå, men òg fordi forskarmiljøa i auka grad ser nytta og verdien av dette.

Ein sentral problemstilling er kven som skal peike ut brukarrepresentanten og avgjere kva for rolle vedkomande skal ha. I intervju framheva KKF at det er opp til søkjaren sjølv å definere kva for rolle brukarrepresentanten er tiltenkt i det einskilde forskingsprosjektet. Dersom denne er framstilt i søknaden som «tilstrekkeleg», vil ikkje rolletildelinga verte overprøvd av vurderingskomitéen i høve til ein meir objektivt vurdert optimalitet.

Det er peikt på at brukarmedverknad inneheld to element:

- Brukarane sin «rett» til å vere representert (det demokratiske elementet)
- Eit element for å heve kvaliteten i forskingsprosjekta.

Det siste elementet vart framheva av alle informantane våre som det viktigaste, og som ein legg mest vekt på.

Alle informantane våre understreka det viktige i å finne ei verdifull rolle til brukarrepresentanten i det einskilde prosjektet. Mange framheva at det er spesielt verdifullt å ha brukarrepresentasjon i dei tidlege fasane av eit prosjekt, der premissar vert lagt, ved at vedkomande kan stille dei gode og riktige spørsmåla som dannar grunnlag for prosjektet sitt innhald, vinkling og omfang. Like verdifull er representasjonen i dei avsluttande fasane, var ein hyppig kommentar, mellom anna for å sikre at forskingsresultata kjem fram til dei rette mottakarane.

Tilbakemeldingane frå informantane våre viste at graden og forma av brukarmedverknad i gjennomføringsfasane varierer mykje, etter at forskaren har gjort ei konkret vurdering av kva som vil vere «tenleg» medverknad i det einskilde prosjektet. Der medverknaden er til stades, kjem han til uttrykk i alt frå deltaking i referansegrupper til ein aktiv deltakarrolle som av nokre vart kalla «medforskar».

Aktiv brukarmedverknad er ein ny måte å tenkje på, og kommentarane frå forskarinformantane våre syner at haldningane deira varierer mykje. Ein av forskarane sa det på denne måten: «Det er nok slik at ein tilpassar søknaden til det som vert forventa og som er politisk

korrekt.» Ein annan sa det heilt annleis: «Brukarmedverknad er ein eigen metodikk som må lærast, og ikkje ein plikthandling ein smørar på toppen av ein ferdig prosjektsøknad.» Frå leiarhald vart det framheva at brukarmedverknad er veldig spennande og samtidig utfordrande. Dei var opptekne av at ein må unngå at brukarrepresentanten vert eit gissel; difor er det viktig at roller og forventningar vert avklart før eit prosjekt startar.

Vi fekk opplyst at ein i Helse Fonna og i Helse Bergen har hatt opplæring for brukarrepresentantar i forskning, mellom anna i forskingsterminologi. Eit eige e-læringskurs for dette er under utarbeiding, i samarbeid med regionalt brukarutval (RBU).

RBU hadde inntrykk av at haldninga i forskarmiljøa er at brukarrepresentantane i prosjekta har noko verdifullt å bidra med. RBU sin leiar uttrykte at nytteperspektivet i forskinga må vere den viktigaste gevinsten ved brukarmedverknad. Difor meinte ho at er det viktig å utarbeide ei metodebeskriving for å sikre at brukarmedverknaden får ei reell nytte, og ikkje berre utførar ein lovpålagt plikt. I så måte finst det enno ingen systematikk på skriftlege evalueringar frå brukarrepresentantar i forskingsprosjekt.

Det vart opplyst at Helse Fonna har oppretta eit rådgjevande brukarpanel for forskning, som er ein «bank» av brukarar som sjølv kan gå inn i forskingsprosjekt som brukarrepresentantar, eller hjelpe med å finne fram til egna representantar. Brukarpanelet har faste møter der forskarane kan presentere forskingsprosjekta til drøfting og rådgjeving. I panelet har ein òg både undervisning og dialog med brukarrepresentantane om ulike forskingstema.

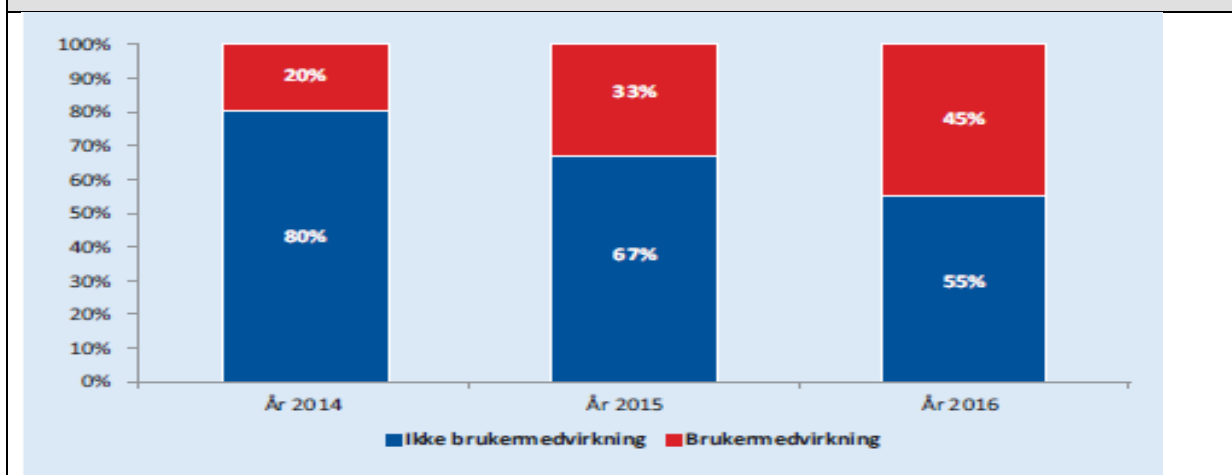
Fleire av forskarane – frå ulike fagmiljø - trakk fram at det i fagmiljøa vert drøfta brukarrepresentasjon i eit langt vidare perspektiv enn representasjon frå pasientorganisasjonane. Til dømes trakk to av informantane frå universitetssjukehusa fram at fastlegar kan tilføre forskinga brukarerfaringar sett frå ein annan synsvinkel enn den forskarane har, fordi dette er fagfolk som treff dei aktuelle pasientane i ein annan samanheng enn det spesialisthelsetesta gjer.

Det vart òg opplyst at spørsmålet om faktisk brukarmedverknad undervegs i prosjektperioden ikkje vert følgt opp frå tilskotsgevar si side. Kravet om årleg statusrapportering om framdrifta i prosjektet omfattar ikkje graden eller innhaldet av brukarmedverknad, etter kva vi fekk opplyst.

Fleire trekk fram at brukarmedverknad kan variere mellom fagfelta. Det er lettare for mange å sjå for seg medverknad innan psykisk helse, enn innan laboratoriefag som til dels forskar på heilt spesifikke spesialitetar der det er vanskeleg å finne gode brukarrepresentantar og bruke dei på rett måte. Det synest å vere ei samstemt oppfatning av at det er behov for fleksibilitet i korleis ein løysar dette med brukarmedverknad.

Samstundes ser vi av **Nasjonale nøkkeltal for 2016**¹⁹ at brukarmedverknaden i helseforskinga har auka betydeleg dei siste to åra. I 2014 gjekk 20 % av forskingsmidlane til prosjekt med brukarmedverknad. I 2016 var denne andelen auka til 45 %. Framleis er andelen brukarmedverknad høgast innan psykisk helsevern, med ein auke frå 35 % i 2014 til 71 % i 2016. Innan somatikk har den same andelen auka frå 18 % til 43 % i same tidsrom. Begge desse nasjonale tendensane synest å gjere seg gjeldande i Helse Vest òg, etter det vi fekk opplyst av informantar i alle føretaka våre.

Figur 1 – Brukarmedverknad som andel av forskingsprosjekt 2014-2016 (Kjelde: eRapport)



¹⁹ Jf. *Forskning og innovasjon til pasientens beste – Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2016*. Felles rapport frå alle RHF-a.

4 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

4.1 VURDERINGAR

Alle delemna som inngår i denne revisjonen er forankra i Helse Vest sin forskingsstrategi 2016-2019 og er omfatta av tiltaka i strategien sine fire mål. I dette kapitlet vil vi difor fyrst knytte kommentarar til dei einstilte deltema, og til slutt gjere ei vurdering av korleis forskingsstrategien vert følgt opp.

4.1.1 OMFANG

I oversikten over kva for kjelder forskingsmidlane i spesialisthelsetenesta kjem frå (tabell 1 ovanfor) ser vi interessante element, til dømes skilnadene mellom regionane. Helse Sør-Øst får det meste av den nasjonale og internasjonale finansieringa. Helse Nord er den regionen kor dei regionale midlane relativt sett har størst plass, medan Helse Vest er den regionen kor HF-a sin eigenfinansiering over drifta er viktigast. Eigenfinansieringa i Helse Vest - summen av det føretaka tek av eiga ramme og det RHF-et skyt inn av forskingsmidlar - er samla sett høgare enn i dei andre regionane.

Tala frå Helse Vest viser at dei tilskotsmidlane som det regionale samarbeidsorganet rår over berre rekk til å finansiere 1 av 4 prosjektsøknadar (24 %), jf. tabell 4 ovanfor. Tala viser òg (jf. tabell 2) at det er store ulikheiter internt i Helse Vest med omsyn til føretaka sin eigeninnsats (frå eiga basisramme).

Her er det eit poeng at Helse Bergen er einaste føretak som (nesten) oppfyller nasjonalt økonomisk mål for forskingsinnsats. Posisjonen deira i dag er eit resultat av mange års innsats og kan sjåast i dette perspektivet. Det at føretaket har rolla som regionsjukehus på Vestlandet, forsterkar akkurat det. Spørsmålet er om dei andre føretaka og institusjonane i Helse Vest ønskjer eventuelt klarer å gi same prioritering dersom dei set seg som mål å auke eigen forskingsaktivitet.

Etter vår vurdering er det viktig å halde fram innsatsen (spesielt frå regionalt hald og frå Helse Bergen si side) med å setje i verk fleire stimuleringstiltak for å auke tal og kvalitet på søknadar til EU og Norges forskningsråd, slik at fleire prosjekt frå Helse Vest kan nå opp i konkurransen og få tildelt slike eksterne midlar (jf. mål 2 i regional forskingsstrategi).

Vi trur i den samanheng det kan vere nyttig at ein klarer å synleggjere at Helse Vest får meir midlar frå Forskningsrådet enn det som i dag framgår av statistikken. Den blir registrert på Universitet i Bergen - i motsetnad til i Helse Sør-Øst der Oslo universitetssykehus står som

mottakar. Formålet må vere å gi korrekt styringsinformasjon og lette samanlikningar mellom helseregionane.

Mange av informantane gav uttrykk for ei viss kritisk oppfatning av fordelinga føretaka/institusjonane imellom. Det var ei tilbøyelegheit til å meine at eige føretak/institusjon får for liten del av tilskotsmidlane, medan dei som er større får for stor del. Informantane frå dei største forskingsmiljøa, i Helse Bergen, seier at dei òg må ha meir for å kunne hevde seg med nødvendig tyngd nasjonalt og internasjonalt. Samstundes gav informantane i all hovudsak uttrykk for ei klår forståing for avvegingane som ligg til grunn for fordelinga – og uttrykte tillit til systemet som er etablert.

Det er verdifullt at viktigheita av samarbeid føretaka imellom vart framheva av mange i alle føretaka. AD i Helse Bergen uttrykte det slik: «Eg trur at vi alle er for små enkeltvis. Vi kan oppnå større resultat dersom vi samarbeider på tvers i regionen. Helse Bergen som «storebror» i regionen må vere opne og rause overfor dei andre føretaka, òg i høve til å vere opne for samarbeidsinvitasjonar frå dei andre.»

Etter vår vurdering oppsummerer denne utsegna på ein god måte prioriteringsutfordringane i regionen, samstundes som openheit, rausheit og samarbeid på tvers av føretaka kan vere ein fruktbar veg framover for å oppnå eit større totalresultat.

4.1.2 ORGANISERING AV FORSKINGSAKTIVITETEN I HELSE VEST

Vår vurdering er at organiseringa av forskingsaktiviteten i Helse Vest er forsvarleg og god.

På lokalt nivå i føretaka og institusjonane er ansvaret for forskingsaktiviteten lagt til ei eiga organisatorisk eining som har ein tydeleg plass i organisasjonen. Gjennomgåande er det vårt inntrykk at dei lokale forskningseiningane har lagt ned stor innsats og gjort ein god jobb med eiga organisering og strukturering av forskingsadministrasjonen.

Regionalt er styringsorganet – det regionale samarbeidsorganet – sett saman slik at alle aktørane innan helseforskning i regionen er representerte. Ein slik felles arena for informasjon, dialog og meningsutveksling, og med avgjerdskompetanse, er svært verdifull og heilt naudsynt for å sikre effektiv styring og drift av forskingsverksemda.

Samarbeidsorganet sitt sekretariat er lagt til Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning (KKF). Ordninga med at KKF fagleg rapporterer til RHF-et/det regionale samarbeidsorganet, men samstundes administrativt tilhøyrar Helse Bergen, er ei løysing som krev høg grad av ryddigheit og fagleg integritet for å sikre at dei overordna regionale omsyna vert ivareteke. Dette synest leiinga i KKF å ha oppnådd. Tilbakemeldingane til oss syner at administreringa av dei regionale forskingsmidla er opplevd som trygg og rettferdig av føretaka og dei private institusjonane. Gjennom fleire år har KKF bygd opp ein solid struktur og eit vel-

fungerande apparat for søknad og tildeling av regionale forskingsmidlar, med tydelege og informative retningslinjer og rettleingar, og har undervegs utvikla eit webbaseret elektronisk system for søknadshandsaming, som òg er teke i bruk av dei andre helseregionane.

Grepet som vart gjort i 2006 med å bestemme at alle medlemmane av vurderingskomitéane skal hentast frå institusjonar utanfor eigenregion, synest å ha vore avgjerande for den høge graden av tillit til systemet som seinare er opparbeidd i forskarmiljøa i Helse Vest. Det er svært viktig å oppretthalde denne tilliten.

4.1.3 TILDELING AV MIDLAR – RETNINGSLINJER OG PROSESS

Det er ei styrke for gjennomføring av tildelingsprosessen at det både nasjonalt og regionalt er gjeve føringar og utarbeidd retningslinjer for tildeling av dei statlege, øyremerka forskingsmidla.

Dei nasjonale retningslinjene er eit resultat av at HOD over fleire år har gjeve sterke og tydelege styringssignal på dette området gjennom dei årlege oppdragsdokumenta til RHF-a. Dei nye nasjonale vurderingskriteria, med krav om at nyttevurderinga skal likestillast med kvalitetsvurderinga av søknadane, er konkret og utdjupande beskrivne i retningslinjene. Det same gjeld kravet om større grad av brukarmedverknad i ulike fasar av helseforskninga. Til saman er desse retningslinjene etter vårt skjøn gode reiskap som gjev både søkjarar og tildelingsorgan tryggleik og føreseielegheit for kva mål og rammar som gjeld for tildelingane.

Sidan dei nye retningslinjene først tok til å gjelde i 2016, har dei so langt gjeve eit avgrensa erfaringsgrunnlag. Etter vår vurdering vil det vere viktig å evaluere oppfølginga av dei nye krava og føringane etter ei tid.

Dei regionale retningslinjene er etter vår vurdering eit godt hjelpemedel for (potensielle) søkjarar, ved at dei er tematisk oversiktlege, innhaldsmessig informative og lett tilgjengelege på Helse Vest sine nettsider.

Desse retningslinjene omfattar òg ei beskriving av gjennomføringa av tildelingsprosessen. Vi deler synet til informantane våre, som opplever dagens retningslinjer som tillitvekkande for ein ryddig, ordentleg og forsvarleg tildelingsprosess. Spesielt i lys av at fleire av dei i intervju refererte eit visst inntrykk for meir enn 10 år tilbake av at ein opplevde søknadsbehandlninga å vere «i sterk favør av Helse Bergen», er dette eit uttrykk for ein bevisst, målretta innsats som har resultert i ei gledeleg, positiv utvikling. Det er av stor betydning at dette fokuset vert oppretthaldt òg i fortsettinga.

Arbeidet som vert gjort i føretaka og institusjonane for å fremje eigen forskingsaktivitet er svært viktig. Ikkje berre fordi føretaka - som tidlegare nemnt - bidreg med to tredjedelar av

dei samla driftskostnadane til forskinga i Helse Vest, men mest fordi det er hos føretaka sjølve ansvaret for – og eigarskapen til – eiga forskning *må* liggje.

Det er difor ei god stadfesting av dette at informantane våre i føretaksleingane la stor vekt på at det er eit viktig leiaransvar å stimulere forskingsaktiviteten i eige føretak, og at ein i dei siste åra har jobba systematisk med å klårgjere satsingsområde, sikre strategisk forankring og gjere naudsynte prioriteringar.

Dei regionale retningslinjene for søknadsvurdering og den omfattande elektroniske informasjonen som ligg føre på RHF-et sine nettsider, gjer at søkjarane og omverda sitt behovet for føreseielegheit rundt tildelingsprosessen langt på veg er teke godt i vare.

Etter vår vurdering er det likevel nokre forhold som bør forberast:

- Samarbeidsutvalet/hovudkomitéen skal ha ros for at ein frå 2016-tildelinga har innført at alle avslag inneheld ei kort grunngjeving. Denne utvidinga er eit prisverdig første skritt i riktig retning. *Praksisen med grunngjeving for avslag bør likevel utoiklast vidare, slik at ho vil vere meir til reell nytte og rettleiing for søkjarane.*
- Vurderingskomitéane bør påleggjast ein *større grad av skriftlegheit som dokumentasjon av saksbehandlinga* si. Trass i at ein har utvikla eit webbaserst støtteverkty for vurderingsprosessen (eVurdering), opplyste hovudkomitéen sin leiar at svært lite av saksbehandlinga er skriftleg dokumentert. Større grad av skriftlegheit vil lette hovudkomitéen sitt eige arbeid med å skrive ei meir omfattande grunngjeving til søkjarar som får avslag; endå viktigare vil det sikre større grad av transparens og etterprøvbarheit av prosessen og vere ein tryggheit ved handsaming av eventuelle klager.
- Retningslinjene for klageåtgang opplyser om at søkjarar berre har høve til å klage på saksbehandlingsfeil eller faktaopplysingar som vert brukt i grunngjeving for avslag, men ikkje på utøvinga av det faglege skjønnet i vurderinga. Samarbeidsorganet har ikkje vist til heimel for denne avgrensinga. *Heimelsgrunnlaget for avgrensinga av klageåtgangen bør klargjerast, for å unngå mogleg tvil om det juridiske grunnlaget for ho.*

4.1.4 FORMIDLING AV FORSKINGA

Det følgjer av kravet om at forskinga skal vere «til nytte for pasienten og tenesta» at forskingsresultat skal formidlast ut over fagmiljøa og til «brukarar, behandlarar, myndigheiter og befolkninga»²⁰.

Mykje god og målretta innsats er og vert gjort av føretaka i Helse Vest for å sørgje for formidling av forskingsresultat i fagtidsskrift. Vi finn det naturleg at formidlinga som skjer gjennom publisering innan eigne fagmiljø er det som fagleg sett veg aller tyngst og vert vurdert som mest relevant. I tillegg ligg det sjølvsagt eit viktig insentiv i den sterke og klåre eigeninteressa i å skaffe fram flest mogleg publiseringspoeng frå vitskapelege publikasjonar, som i neste omgang gjev økonomisk uttelling ved tildeling av statlege midlar til regionen.

²⁰ Jf. Mål 1 i Helse Vest sin Forskingsstrategi 2016-2019.

Vi innser at det ligg ei stor utfordring i å formidle forskingsresultat i ei populærvitskapleg form, særleg til brukarar, myndigheiter og befolkninga; det vere seg gjennom dagspressa, sosiale media og andre elektroniske kanalar. For å nå fram i den evige kampen om merksemd og «spalteplass» i desse viktige kanalane, er det difor viktig at ein på regionalt nivå tar initiativ til å utarbeide og setje i verk tiltak som kan resultere i større gjennomslag for den budskapen regionen ønskjer å formidle gjennom aktuelle media.

Vi fekk fleire gode eksempel på at medverknad frå kommunikasjonsavdelingane kunne utløyse fleire og betre informasjonstiltak, sjølv om forskaren etter endt prosjekt var tilbake i si ordinære 100 % stilling.

Dei ulike forskarmiljøa og føretaka synest i varierende grad å ha ein konkret strategi for korleis dette skal oppnåast. Føretaka bør utfordrast på å konkretisere slike tiltak i strategiane sine.

4.1.5 BRUKARMEDVERKNAD

Sidan dei nasjonale retningslinjene for brukarmedverknad i helseforskinga tok til å gjelde i 2015, har ein relativt kort erfaring med korleis ein i praksis skal oppfylle kravet om «større brukarmedverknad». Dette er framleis under oppbygging med omsyn til å finne fram til dei rette brukarrepresentantane og la dei inneha ein nyttig og meningsfull rolle. Under føresetnad av at leiinga både regionalt og lokalt held fram med å vere pådrivarar for reell og realistisk medverknad, har vi trua på at gode forskingsmiljø vil finne fram til (og beskrive) brukarmedverknad i riktig form og på riktig nivå.

Eit innspel vi fekk frå ei av føretaksleiingane, var at erfaringskonsulentane kan vere viktige nøkkelpersonar i denne samanhengen. Det er vi samde i. Dei har eit vidare nettverk som kan kontaktast. Ein konstruktiv kontakt med dei kan bidra til å «tvinge» forskarane til å ha tilstrekkeleg og riktig fokus på brukarrepresentasjon, slik at rette brukarrepresentantar kan koplatt på prosjektet i rett tid.

Det er viktig med nøkkelrepresentantar som kan bidra til å finne fram til gode brukarrepresentantar i dei einskilde forskingsprosjekta. Brukarutvalet (inkl. RBU) har ein viktig rolle her, ikkje minst for å kunne bidra til at ein klarer å byggje opp ein god pool av potensielle brukarrepresentantar.

Tilbakemeldinga frå leiar av RBU om at det enno ikkje finst nokon systematikk for skriftlege evalueringar frå brukarrepresentantar i forskingsprosjekt bør gripast fatt i. Det er viktig å utarbeide ei metodebeskriving for å sikre at brukarmedverknaden får ei reell nytte, og ikkje berre utførar ein lovpålagt plikt. RHF-et v/KKF bør sørge for at dette innspelet vert følgt opp.

Det bør vurderast å innføre eit punkt i den årlege faglege rapporteringa som kvar forskar må sende inn til KKF som spesifikt omfattar rapportering om status på faktisk brukarmedverknad i prosjektet.

4.1.6 OPPFØLGING AV FORSKINGSSTRATEGIEN

Arbeidet med å vidareutvikle samarbeid om forskingsinfrastruktur og forskingsaktivitet mellom alle føretaka er ei viktig oppgåve som er høgt prioritert i den regionale forskingsstrategien (jf. mål 4). Vi vil igjen framheve at strategien her spesifikt trekker fram nødvendigheita av å auke forskningssamarbeidet mellom Helse Bergen og Helse Stavanger (som òg leiinga i KKF overfor oss peikte på som alt for dårleg), og at begge desse føretaka har eit særskilt ansvar for å involvere dei andre føretaka i regionen gjennom nettverksbygging.

På denne bakgrunnen vil vi òg understreke viktigheita av å auke samhandlinga innan forskingsaktiviteten kraftig, både konkret mellom Helse Bergen og Helse Stavanger og generelt i regionen. Utan dette vil det etter vår oppfatning vere vanskeleg å nå det uttalte målet om å styrke helseregionen sin posisjon og tyngde nasjonalt og internasjonalt.

Vi er samde i utsegnene frå fleire av informantane våre om at Helse Bergen – som det største og tyngste forskingsmiljøet – har eit stort ansvar som «lokomotiv» i Helse Vest. Det er av stor betydning at den positive haldninga som vart uttalt til oss av AD og nivå 2-direktørar i Helse Bergen med omsyn til å løfte fram og inkludere forskingsmiljøa i dei andre føretaka og institusjonane, vert omsett i praktisk handling med tilslutnad frå alle føretaka.

Alle einingane i regionen er avhengige av kvarandre sin plass og sine ulike roller, og vil profitere på å respektere og stimulere dei andre sine respektive styrker og faglege fortrinn.

Det er viktig at dei organa som har ein regional rolle og eit regionalt ansvar (dvs. samarbeidsorganet og KKF) held fram med å arbeide for ein god og resultatretta samarbeidskultur i regionen, og at dei styrker pådrivarrolla si her. For samarbeidsorganet sin del vil vi særleg peike på ansvaret for å sjå til at fordelinga av forskingsmidlane sikrar eit balansert grunnlag for kunnskapsoverføring og kvalitetsforbetring i *alle* føretaka i Helse Vest. For KKF sin del vil vi peike på ansvaret som ligg i å tilby tilstrekkeleg forskingsstøtte og administrativ oppfølging til alle føretaka i regionen.

4.2 TILRÅDINGAR

Hovudkonklusjon:

Formålet med revisjonen har vore å undersøkje korleis forskingsaktiviteten i helseføretaka gjev grunnlag for kunnskapsoverføring og kvalitetsforbetring, gjennom å sjå på korleis gjeldande forskingsstrategi og vedtekne retningslinjer og ordningar er følgt opp. Hovudkonklusjon:

sjonen vår er at Helse Vest si forvaltning av forskingsaktiviteten i helseføretaka i hovudsak følgjer opp desse på ein tilfredsstillande måte.

Gjennom måten prosjekta blir vald ut, og forskarane følgt opp, i kombinasjon med auka vektlegging av klinisk nytte, brukarmedverknad og formidling utover publisering i vitskaplege tidsskrift, betrar ein grunnlaget for kunnskapsoverføring og kvalitetsforbetring både internt i føretaka og i omverda.

Vi har i teksten i dette vurderingskapitlet tatt med ein skilde punkt som ein kan vurdere regionalt og i føretaka. Dei viktigaste punkta vi ønskjer å rette merksemda mot er desse:

4. Tildeling av midlar – retningslinjer og prosess:

- Ordninga med grunngeving for søknadsavslag bør utviklast vidare, for å styrke rettleiinga for søkjarane.
- Vurderingskomitéane bør arbeide for ein større grad av skriftlegheit i saksbehandlinga si.
- Heimelsgrunnlaget for avgrensinga av klageåtgangen må klargjerast, for å unngå mogleg tvil om det juridiske grunnlaget for ho.

5. Formidling av forskinga:

Ein bør både regionalt og i helseføretaka vurdere nye metodar og tiltak for å spreie kunnskapen frå forskingsprosjekta, i eit samarbeid mellom kommunikasjonsavdelingar, forskingsadministrasjonen og forskarteam.

6. Brukarmedverknad:

- Det bør etablerast ein systematikk for skriftlege evalueringar frå brukarrepresentantar i forskingsprosjekt, og utarbeidast ei metodebeskriving for å sikre at brukarmedverknaden får ei reell nytte.
- Det bør vurderast å innføre eit punkt i den årlege faglege rapporteringa frå forskarane status på faktisk brukarmedverknad i prosjektet.