

# Health Research Classification System (HRCS)

Harmonisering og videreutvikling av bruk i Norge

---

Rapport fra en arbeidsgruppe

---

© Norges forskningsråd 2014

Norges forskningsråd  
Postboks 2700 St. Hanshaugen  
0131 OSLO  
Telefon: 22 03 70 00  
Telefaks: 22 03 70 01  
bibliotek@forskningsradet.no  
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:  
[www.forskningsradet.no/publikasjoner](http://www.forskningsradet.no/publikasjoner)

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Oslo, januar 2014

ISBN 978-82-12- 03296-5 (pdf)

# Innhold

1. Sammendrag	5
2. Arbeidsgruppens mandat, sammensetning og arbeidsform	6
3. Om Health Research Classification System	6
4. Gruppens vurderinger og anbefalinger	8
<b>a) HRCS- brukere, dekningsgrad og muligheter for utvidelse</b>	8
<b>b) Anbefalinger for norske aktørers bruk av HRCS – kvalitet og harmonisering</b>	10
Språk	
Antall kategorier per prosjekt	
Bruk av systemets nivåer – hovedkategorier og underkategorier	
Hvem utfører HRCS-klassifiseringen	
Tidspunkt for klassifiseringen – søknad, rapportering eller publisering	
Informasjon og veiledning	
Kvalitetssikring av utført klassifisering	
Presentasjon av resultater	
Sammenstilling	
<b>c) Videreutvikling av HRCS-systemet</b>	15



# 1. Sammendrag

Health Research Classification System (HRCS) er et verktøy for å analysere forskningsinnsats på helsefeltet, gjennom å generere innholdsmessige profiler av forskningsporteføljer med hensyn til relevans for helse og sykdom, og type forskning. Systemet er tatt i bruk av flere forskningsaktører i Norge, og internasjonalt. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har en arbeidsgruppe med deltakelse fra Forskningsrådet, regionale helseforetak, Kreftforeningen, NIFU, universitetene og CRISStin, vurdert muligheter for samordning og harmonisering av bruken av klassifiseringssystemet, samt om det vil være ønskelig å videreutvikle systemet.

## Arbeidsgruppens anbefalinger

### ***Brukere, dekningsgrad og muligheter for utvidelse***

Det vil være interessant å kunne utvide bruken av HRCS til å dekke mer av den nasjonale forskningsinnsatsen på helseområdet. Per i dag ser prosjektkatalogen i CRISStin ut til å være den mest lovende innfallsporten for en eventuell utvidelse. HRCS er velegnet til analyseenheter som forskningsprosjekter, men antakelig mindre egnet i totale ressursbruksmålinger.

### ***Kvalitet og harmonisering av bruk***

Alle brukere av HRCS bør åpne for valg av flere kategorier per prosjekt. Muligheten for å sammenlikne på tvers av aktører er uavhengig av om man tar i bruk systemets underkategorier, og det bør være opp til aktørene om de ønsker å ta disse i bruk.

Det er ulike alternativer for hvem som gjør klassifiseringen, som kan avhenge av for eksempel tilgjengelige administrative ressurser, tilgang på informasjon om forskningen, og muligheter som ligger eksisterende systemer og prosesser. Informasjon og veiledning i HRCS-systemet er viktig for god kvalitet på klassifiseringen, og alle brukere av systemet oppfordres til å sette av noe tid til kvalitetssikring.

Arbeidsgruppen fremmer i tillegg anbefalinger for en harmonisering av presentasjonen av HRCS-oversikter. *Forskningsaktivitet* og *helsekategori* bør benyttes som norske navn for de to dimensjonene Research Activity og Health Categories. Arbeidsgruppen vurderer muligheten for en felles ad hoc HRCS-analyse i et samarbeid mellom de nåværende brukerne av systemet som interessant.

### ***Videreutvikling***

Arbeidsgruppen anbefaler ikke å endre eller utvide HRCS-systemet. Behov for synliggjøring av andre forskningsområder eller tema kan med fordel legges inn i de merke- og rapporteringssystemer som eksisterer parallelt med/i tillegg til HRCS. Gruppen ser det som verdifullt å beholde systemet konstant, både med tanke på sammenlikninger over tid og internasjonale sammenlikninger.

## 2. Arbeidsgruppens mandat, sammensetning og arbeidsform

Helse- og omsorgsdepartementet ba i oppdragsbrevene for 2013 Forskningsrådet og de regionale helseforetakene om å "sikre samordnet bruk av HRCS og eventuelt videreutvikling av dette klassifiseringssystemet", i samarbeid med CRISStin.

En arbeidsgruppe ble nedsatt for å arbeide med problemstillingen, bestående av følgende representanter:

Randi Vad	Helse Sør-Øst
Sølvi Lurfald	Helse Vest
Johanne Lavold Eliassen	Helse Nord
May Britt Kjelsaas	Helse Midt-Norge
Katrine Weisteen Bjerde	CRISStin
Ingrid Roxrud (leder)	Forskningsrådet
Bjørn Gustafsson (observatør)	Det medisinske fakultet, NTNU
Ole Wiig (observatør)	NIFU
Kristine Gjøl Harstad (observatør)	Kreftforeningen

Arbeidsgruppen har avholdt to møter i løpet av 2013, og resultatene av diskusjonene er sammenfattet i denne rapporten. Arbeidsgruppen opplevde oppdraget om samordning av bruken av Health Research Classification System som nyttig. Det ga anledning for utveksling av erfaringer og felles læring. Gruppen forsøkte å se problemstillingen i sammenheng med andre relevante prosesser, som oppdraget til regionale helseforetak om en felles årlig rapport med beskrivelse av forskningens resultater og implikasjoner for helsetjenesten, og utvidelsen av SPREK-databasen.

Det ble besluttet å videreføre gruppen som et HRCS-nettverk, for å utveksle informasjon og samarbeide ytterligere ved behov.

## 3. Om Health Research Classification System

Health Research Classification System (HRCS) er et verktøy for å analysere forskningsinnsats på helsefeltet i bred forstand<sup>1</sup>. Målet er bedre oversikt over forskningen som finansieres. HRCS er ikke begrenset til fagområdet medisin, men skal kunne romme all helserelatert forskning. Systemet er utviklet for å analysere forskningsprosjekter med presist definerte vitenskapelige mål, og består av to dimensjoner.

**Research Activity** angir type forskningsaktivitet på en akse som spenner fra den grunnleggende forskningen til den anvendte forskningen. Dimensjonens hovedfokus ligger på den anvendte og tiltaksorienterte siden av helseforsknings-spekteret. og har følgende hovedkategorier:

1. Underpinning Research
2. Aetiology
3. Prevention of Disease and Conditions, and Promotion of Well-Being
4. Detection, Screening and Diagnosis
5. Development of Treatments and Therapeutic Interventions
6. Evaluation of Treatments and Therapeutic Interventions
7. Management of Diseases and Conditions
8. Health and Social Care Services Research

---

<sup>1</sup> [www.hrcsonline.net](http://www.hrcsonline.net)

**Health Categories** skal angi forskningens relevans for sykdom og helse, og består av 21 kategorier. Hver kategori inkluderer forskning på sykdom og/eller normal funksjon innenfor et område. *Health Categories* består av følgende 21 kategorier:

1. Blood
2. Cancer
3. Cardiovascular
4. Congenital Disorders
5. Ear
6. Eye
7. Infection
8. Inflammatory and Immune System
9. Injuries and Accidents
10. Mental Health
11. Metabolic and Endocrine
12. Musculoskeletal
13. Neurological
14. Oral and Gastrointestinal
15. Renal and Urogenital
16. Reproductive Health and Childbirth
17. Respiratory
18. Skin
19. Stroke
20. Generic Health Relevance
21. Other

HRCS er utviklet i Storbritannia av UK Clinical Research Collaboration (UKCRC), et nasjonalt partnerskap mellom sentrale aktører innenfor den kliniske forskningen. Systemet er i dag mye brukt i Storbritannia, og i tillegg i Sverige, Irland, Norge og Singapore. Det vurderes innført i Belgia, Tyskland og Canada. I en European Science Foundation (ESF)/European Medical Research Councils (EMRC) *Science Policy Briefing* fra 2011<sup>2</sup>, anbefales HRCS for sammenliknende analyser av helseforskningsporteføljer i Europa. I Norge har Helse og omsorgsdepartementet vært den primære pådriveren for å innføre HRCS, og introdusert systemet for norske forskningsaktører.

De regionale helseforetakene (RHF) anvender HRCS for å klassifisere prosjekter finansiert gjennom de regionale forskningsmidlene. HRCS ble introdusert ved årsrapporteringen for 2009 og er integrert i prosjektrapporteringen gjennom systemet eRapport. HRCS brukes blant annet i synliggjøring av forskningsinnsats, rapportering til finansierende departement (*Årlig melding, Faglig rapport*), sammenlikning mellom regionene og distribusjon til interessenter internt og eksternt. De regionale helseforetakene utarbeidet en fellesrapport for året 2009 der HRCS-oversikter fra alle regionene ble presentert.

Forskningsrådet gjennomførte en pilotanalyse med systemet i 2011, og innførte HRCS som del av Rådets systematiske porteføljeanalyse i 2012. Analysene benyttes til ulike former for rapportering, internt strategisk arbeid, og informasjonsutveksling og dialog eksternt. Forskningsrådet publiserer en årlig rapport med en analyse av Rådets helseforskningsportefølje vha HRCS. I tillegg har Forskningsrådet vært involvert i internasjonalt samarbeid om bruk av klassifiseringssystemet.

Kreftforeningen har også tatt systemet i bruk, og klassifiserer søknader om forskningsmidler. HRCS-oversikter brukes kun internt og presenteres for foreningens styre.

---

<sup>2</sup> Science Policy Briefing N°43 "Health Research Classification Systems – Current Approaches and Future Recommendations", [www.esf.org/hrcs](http://www.esf.org/hrcs)

I CRISTin (Current Research Information System in Norway) er HRCS inkludert for å klassifisere publikasjoner innenfor helseforskningen. Å tilegne HRCS-koder til en publikasjon i CRISTin er valgfritt, og det er foreløpig lite brukt. HRCS-kategorisering vil også inkluderes på prosjektnivå i CRISTin når den nye prosjektkatalogen kommer.

## 4. Gruppens vurderinger og anbefalinger

Arbeidsgruppen er jevnt over positiv til HRCS som verktøy for å gi oversikt over egne helseforskningsporteføljer. HRCS systematiserer helseforskning i en kategoriinndeling som oppleves som relevant og nyttig, og det å kunne følge utviklingen over tid er interessant. Det er variasjon med hensyn på hvor aktivt analysene brukes, hvilke fora de blir presentert i, hva slags mottakelse oversiktene får, og hvilket potensial man ser i å videreutvikle dette.

### a) HRCS - brukere, dekningsgrad og muligheter for utvidelse

HRCS er opprinnelig utviklet som et verktøy for forskningsfinansierer. Så langt, nasjonalt og internasjonalt, er dette de primære brukerne av systemet. Man kan også tenke seg HRCS som et verktøy for forskningsutførende institusjoner, som universiteter eller helseforetak. Informasjonssystemer og databaser som CRISTin og SPREK kan være en annen innfallsvinkel for kategorisering av helseforskning med HRCS. Slike databaser kan koples både mot forskningsutførelsen og forskningsfinansieringen. Videre kan systemet ikke bare brukes til å analysere *input*; finansiering av forskning, men også *output* i form av vitenskapelige publikasjoner, slik det nå åpnes for i CRISTin.

Foreløpig er det en begrenset del av helseforskningen i Norge som klassifiseres med HRCS. Hovedsakelig gjelder det konkurranseutsatt forskningsfinansiering gjennom Forskningsrådet, regionale forskningsmidler i helseforetakene og Kreftforeningen. Kunnskapsgrunnlaget dette gir er nyttig, spesielt for finansierere selv. Forskning som finansieres gjennom andre kilder, for eksempel universitetenes grunnbevilgninger, internasjonale kilder, næringslivet eller helseforetakenes basisbevilgninger utenom midlene fordelt på regionalt nivå, klassifiseres i dag ikke med HRCS. Arbeidsgruppen mener det ville vært interessant å kunne inkludere en større del av den nasjonale forskningsaktiviteten i analysene.

For helseforetakene samlet, finansieres noe over en femtedel av den totale ressursbruken til forskning gjennom de regionale samarbeidsorganene<sup>3</sup>. Dermed er det en begrenset del av forskningsaktiviteten i helseforetakene som inkluderes i HRCS-oversiktene fra RHF-ene. Det kan være vanskelig å vite om HRCS-profilene vi ser i forskningsporteføljene finansiert gjennom de regionale forskningsmidlene er helt representative for den totale forskningsinnsatsen i de regionale helseforetakene. Arbeidsgruppen understreker derfor at hver region må bruke analysene i kombinasjon med annen informasjon om forskningsmiljøene.

En ressursgruppe for videreutvikling av ressursmålingssystemet for FoU i helseforetakene drøftet i 2011 om HRCS-kategorisering kunne inkluderes. Ressursmålingssystemet har som hensikt å skaffe styringsinformasjon til sektoren og være grunnlag for FoU-statistikken for helseforetak og private, ideelle sykehus. Gruppen konkluderte med ikke å anbefale en innføring av HRCS-klassifisering i ressursbruksmålingen foreløpig<sup>4</sup>. Hvilke analyseenheter man kan klassifisere med HRCS er en viktig problemstilling i denne sammenhengen. HRCS er som nevnt utviklet for og velegnet til direkte forskningsutgifter gjennom prosjekter, og eventuelt søknader

---

<sup>3</sup> Nifu Rapport 19/2013 *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012*

<sup>4</sup> Nifu rapport 22/2011 *Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene*



og publikasjoner. Det er ingen erfaring med å bruke kostnader/utgifter, årsverk/personale som analyseenheter for HRCS, og det er ikke brukt i FoU-statistisk sammenheng verken nasjonalt eller internasjonalt. Gruppen vurderte systemet som ikke strukturert for fulldekkende ressursmålinger til FoU, hvor også indirekte utgifter som forskningsledelse og -støtte, utgifter til lokaler o.l. er inkludert. Dessuten ble innføring av HRCS-klassifisering i ressursmålingen vurdert som en stor ekstra arbeidsbyrde i rapporteringen.

Arbeidsgruppen støtter vurderingene og konklusjonene fra 2011. Denne typen fulldekkende FoU ressursmåling er kanskje ikke et optimalt utgangspunkt for HRCS-klassifisering og analyser. Gruppen ser det som fullt mulig at samlet ressursmåling fra utførende institusjoner utføres i ett system, mens forskningsporteføljer med innholdsmessig profil analyseres i et annet system.

Universitetene er den andre store forskningsutførende aktørtypen på fagområdet medisin og helse. Mye av forskningsaktiviteten på helseområdet ved universitetene vil ikke være inkludert i dagens HRCS-oversikter, og universitetene kan vurdere om de også ønsker å ta i bruk dette verktøyet.

I CRISTin er det lagt opp til å bruke HRCS både i publikasjonsoversikten og den kommende prosjektkatalogen. I et pågående nasjonalt arbeid anbefales det å ta utgangspunkt i prosjektkatalogen i CRISTin for å utvikle et nasjonalt forskningsadministrativt system. Målet er i første omgang å etablere en oversikt over forskningsprosjektene. Dette vil delvis løses gjennom kopling av data mellom SPREK-databasen og CRISTin. CRISTin samarbeider også med Forskningsrådet og med RHFene om integrering av CRISTin med Forskningsrådets søknads- og rapporteringsportaler og med eSøknad/eRapport, slik at data fra CRISTin kan gjenbrukes i disse systemene.

Det gjenstår mye utviklingsarbeid med prosjektkatalogen i CRISTin, og det vil bli interessant å følge denne utviklingen. Ikke minst om det med tiden vil være mulig å se data fra finansører og data fra de forskningsutførende institusjonene i sammenheng, selv om man her antakelig vil møte metodiske utfordringer. Dersom universitetene på samme måte som RHF-ene velger å bruke prosjektkatalogen i CRISTin for oversikt over forskningsaktiviteten ved institusjonene, vil dette være et mulig utgangspunkt for å ta i bruk HRCS. Institusjonene vil da selv måtte organisere gjennomføringen av HRCS-klassifiseringen, og ha ansvaret for kvaliteten på dataene. Det er viktig å være klar over at HRCS kategorisering gjøres manuelt og krever en viss ressursbruk, og dette er det naturlig å vurdere opp mot nytten av og behovet for slike oversikter. Dersom CRISTins prosjektkatalog utvikler seg til å bli den mest dekkende prosjektoversikten for norsk helseforskning, ser gruppen CRISTin som det mest lovende utgangspunktet for å utvide bruken av HRCS.

Utover å bruke forskningsprosjekt som analyseenhet mener også arbeidsgruppen at klassifisering av publikasjoner har et interessant potensial. Uavhengig av hvordan forskningen finansieres, organiseres og rapporteres (prosjekt, årsverk, direkte og indirekte kostnader) er det sannsynlig at resultatene fra forskningen vil publiseres og registreres i CRISTin. Dermed oppstår klassifiserbare enheter (publikasjoner) som muliggjør bruk av HRCS. For det andre er dette interessant i det at man beveger seg over til å analysere resultater av forskning. Pr. i dag er det en utfordring å lede publikasjonsdata tilbake til finansieringsstrømmer på aggregert nivå. En videre utvikling av CRISTin med kopling opp mot resultatrapportering, kan avhjelpe dette problemet. En viss kopling mellom finansiering og forskningsresultater er allerede mulig for RHF-ene, ved å kople publikasjoner som rapporteres som resultat av et prosjekt opp mot de valgte HRCS-kategoriene for prosjektene. Kvaliteten på HRCS-oversiktene generert på denne måten er usikker, blant annet fordi samme publikasjon kan rapporteres flere ganger. Gruppen anbefaler derfor å bruke dette med forsiktighet.

### Anbefaling:

Arbeidsgruppen mener det vil være interessant om man på sikt kan utvide bruken av HRCS til å dekke mer av den nasjonale forskningsinnsatsen på helseområdet. Aktørene må vurdere om nytten av og behovet for slike oversikter begrunner den ressursinnsatsen som kreves for å gjennomføre klassifiseringen på en god måte. Per i dag ser prosjektkatalogen i CRISStin ut til å være den mest lovende innfallsporten for en eventuell utvidelse. HRCS er velegnet til analyseenheter som forskningsprosjekter, søknader og publikasjoner, men antakelig mindre egnet i totale ressursbruksmålinger med andre registreringsenheter og indirekte utgifter /kostnader til FoU inkludert. Gruppen ser det som fullt mulig at samlet ressursmåling fra utførende institusjoner gjøres i ett system, mens forskningsporteføljer med innholdsmessig profil analyseres i et annet system

## **b) Anbefalinger for norske aktørers bruk av HRCS – kvalitet og harmonisering**

De norske aktørene har foreløpig valgt noe ulike løsninger for hvordan HRCS-systemet er tatt i bruk, og en bedre samordning er ønskelig. Arbeidsgruppen har fokusert på å identifisere områdene der en harmonisering vil gi best resultater, med hensyn på forbedret datakvalitet og sammenliknbarhet. I tillegg har arbeidsgruppen tatt hensyn til praktisk gjennomførbarhet.

### **Språk**

Alle finansiørene i gruppen bruker i utgangspunktet de engelske benevningene på kategoriene. Utviklingen i norsk forskning har gått stadig mer i retning av engelsk som arbeidsspråk, og å bruke de engelske navnene ses på som uproblematisk *vis-a-vis* forskningsmiljøene. Arbeidsgruppen ser ikke noe stort behov for en full oversettelse av systemet. Det er også mulighet for misforståelser og forringelse av kvalitet ved en oversettelse til norsk. Gruppen har vurdert et tidligere arbeid med norske oversettelser av systemets kategorier, og fant noen svakheter ved denne oversettelsen. Likevel kan det for presentasjonsformål være hensiktsmessig å ha norske navn på dimensjonene og hovedkategoriene. Man har nå til dels lagt seg til å bruke ulike norske navn på de to dimensjonene Research Activity og Health Categories.

### Anbefaling:

Alle HRCS-brukerne i arbeidsgruppen anbefaler oversettelsene *forskningsaktivitet* og *helsekategori* for de to dimensjonene Research Activity og Health Categories. Gruppen vil ta initiativ til en ekstra faglig kvalitetssikring av den norske oversettelsen av kategoriene, som deretter kan tas i bruk for presentasjonsformål ved behov.

### **Antall kategorier per prosjekt**

Det er i dag ulik praksis for hvor mange kategorier man har åpnet for per prosjekt. I RHF-enes eRapport er det åpnet for én kategori per dimensjon per prosjekt. Forskningsrådet klassifiserer med færrest mulig kategorier per prosjekt, og maks to for forskningsaktivitet og maks fem for helsekategori. Det kan være vanskelig å velge kun én kategori for et prosjekt, spesielt for større prosjekter. Det er enighet i gruppen at dersom alle brukere i Norge legger til rette for valg av flere kategorier per prosjekt ved behov (fortrinnsvis på linje med praksis i Storbritannia; maks to på forskningsaktivitet og maks fem på helsekategori), vil dette bedre presisjonen og kvaliteten på klassifiseringen. Det vil også bedre sammenliknbarheten mellom organisasjonene og dermed anvendbarheten. I forbindelse med dette er det viktig å legge inn i veiledningen for de som klassifiserer at man skal bruke så få kategorier per prosjekt som mulig, for å fange hovedformålet med prosjektet.

### Anbefaling:

Alle brukere av HRCS bør åpne for valg av flere kategorier per prosjekt, i tråd med anbefalt praksis fra utviklerne av systemet i Storbritannia. I veiledninger legges inn råd om å velge så få kategorier som mulig, med fokus på å reflektere prosjektets hovedformål.

## **Bruk av systemets nivåer – hovedkategorier og underkategorier**

De to dimensjonene Research Activity og Health Categories består av henholdsvis 8 og 21 hovedkategorier. Research Activity-dimensjonen er videre oppdelt i 48 underkategorier. Per i dag er det kun Forskningsrådet og CRIStin som har inkludert underkategoriene i klassifiseringen. Oversikter på underkategorinivå har imidlertid så langt i liten grad blitt brukt i Forskningsrådet. Forskningsrådets pilot ga indikasjoner på at underkategoriene gjør systemet mer komplisert å bruke, da det var større variasjon i klassifiseringen på underkategorinivå enn på hovedkategorinivå. I tillegg kan klassifiseringen bli mer tidkrevende fordi det er mer å sette seg inn i. Det ble diskutert om underkategoriene kan gjøre det enklere å avgjøre mer entydig under hvilken hovedkategori prosjektet (e.l.) skal subsumeres. Dette står likevel i kontrast til råd fra UK for klassifisering, nemlig å først velge hovedkategori(er) og deretter underkategori. Deler av arbeidsgruppen uttrykte interesse for å inkludere underkategorier i klassifiseringen. I hvilken grad man praktiserer dette ulikt burde ha liten innflytelse på sammenliknbarheten i analyser på hovedkategorinivå.

### Anbefaling:

Om man velger å bruke underkategorier eller ikke har liten innflytelse på valg av hovedkategori. Muligheten for å sammenlikne på tvers av aktører er dermed uavhengig av dette, og det bør være opp til aktørene om de ønsker å ta disse i bruk. Man må også være oppmerksom på at bruk av underkategorier gjør klassifiseringen betydelig mer kompleks. Dersom man tar underkategorier i bruk bør det inkluderes i veiledninger en anbefaling om å først bestemme hovedkategori, deretter underkategori.

## **Forskningsinfrastruktur som analyseenhet**

Systemet er som tidligere nevnt godt tilpasset forskningsfinansiering organisert i prosjekter, der vitenskapelige mål er tydelig definert. Gruppen har erfart at finansiering av forskningsinfrastruktur er mer problematisk å plassere i systemet. I mange tilfeller går infrastrukturtildelinger til investeringer i teknologiske fasiliteter som igjen kan benyttes i forskningsprosjekter med svært ulikt mål og innhold. Det blir dermed vanskelig å velge HRCS-kategori. Noen infrastrukturer vil være enklere å plassere i systemet, hvis de har et mer begrenset bruksområde med hensyn på type forskning.

Gruppen antar videre at forskningsprosjekter som *braker* infrastrukturene kan klassifiseres. Dermed vil forskningsaktiviteten kunne representeres i HRCS-oversiktene, selv om selve utstyrsinvesteringene ikke er med.

### Anbefaling:

Gruppen mener det kan være vanskelig å benytte HRCS-systemet på infrastruktur, og anbefaler derfor at dette vurderes nøye av den enkelte institusjon som benytter systemet. Dersom man velger å holde infrastrukturtildelinger/investeringer utenfor analysene kan innsatsen synliggjøres på andre måter.

## **Hvem utfører HRCS-klassifiseringen**

Det er ulik praksis når det gjelder hvem som gis i oppgave å utføre klassifiseringen. De fleste finansørene som bruker HRCS i Norge har valgt å la forskerne selv gjøre dette. Forskningsrådet har valgt å samle klassifiseringen på færre hender, delvis til interne rådgivere, delvis til en innleid britisk konsulent med lang erfaring med systemet.

Blant brukerne som har valgt å la forskerne selv velge HRCS-kategorier for sine prosjekter er det ulike vurderinger av de resulterende dataene. Noen er fornøyde med fremgangsmåten, mens andre er noe usikre på datakvaliteten. Administrasjonene mottar få spørsmål fra forskerne om merkingen. I de regionale helseforetakene klassifiseres alle prosjektene hvert år, og forskerne velger i stor grad de samme kategoriene fra år til år. God klassifisering forutsetter forståelse for forskningens innhold, og forskerne er naturligvis de som kjenner prosjektene best og har den

sterkeste fagkompetansen. Det er en klar fordel ved denne fremgangsmåten. Ulempene er liten kontroll over hvordan systemet tolkes, mindre mulighet for veiledning og mindre konsistens i klassifiseringen.

Forskningsrådet er gjennomgående fornøyd med egen fremgangsmåte, og mener å ha god kontroll på materialet og en konsistens som gjør at analyser kan gjøres på et relativt detaljert nivå. Fordelen med denne fremgangsmåten er større konsistens i vurdering av hvilke(n) kategori(er) prosjektene henføres til. For Forskningsrådet har det vært et sentralt utgangspunkt at de som klassifiserer jobber tett på helseforskningen (for eksempel programkoordinatorer for helseprogrammene) og har enkel tilgang på informasjon om prosjektene gjennom vitenskapelige sammendrag. Ulemper ved denne fremgangsmåten ligger i mindre kunnskap om de enkelte prosjektene og mindre fagkompetanse. Det faktum at sammendragene hovedsakelig er på engelsk og offentlig tilgjengelige har gjort det enkelt å gjennomføre klassifiseringen med hjelp fra den eksterne britiske konsulenten.

Forskningsrådet anslår en gjennomsnittlig tidsbruk på 10-15 min per prosjekt. Et viktig spørsmål for hvordan man velger å operasjonalisere klassifiseringen vil være hvilke ressurser man har tilgjengelig. Forskningsrådet har valgt en fremgangsmåte som er noe mer ressurskrevende for administrasjonen. For de regionale helseforetakene, som har slankere administrasjoner, vil det være vanskelig å legge klassifiseringsarbeidet til rådgivere i administrasjonen. Helse Nord vurderer å involvere seg mer aktivt i klassifiseringen på den administrative siden, mens for andre regioner er det ikke mulig på grunn av begrenset kapasitet.

Dersom man ønsker å vurdere alternativer til kategorisering gjort av forskerne selv, uten å belaste egen administrasjon, kan kjøp av tjenester eksternt eller bruk av komited medlemmer fra søknadsbehandlingen være aktuelle alternativer.

#### Anbefaling:

Det er ulike alternativer for hvem som gjør klassifiseringen. Viktige faktorer for hvilken løsning som velges kan være tilgjengelige administrative ressurser, tilgang på informasjon om forskningen, og muligheter som ligger i eksisterende systemer og prosesser. Det er viktig å vurdere hvilken presisjonsgrad man ønsker. God HRCS-merking krever noe ressurser i form av tidsbruk, uansett hvem man velger til å utføre oppgaven. Å samle arbeidet på færre hender, med opplæring i bruk av systemet, antas å gi mer konsistent klassifisering.

#### **Tidspunkt for klassifiseringen - søknad, rapportering eller publisering**

Datainnsamlingen kan foretas i ulike faser av forskningens syklus. Kreftforeningen får klassifiseringen gjort på søknadstidspunktet, RHF-ene gjennom den årlige projektrapporteringen, og i CRISStin ved publisering av forskningsresultater. Forskningsrådet bruker projektsammendrag som er skrevet på søknadstidspunktet.

Dersom man innhenter data på søknadstidspunktet bør man være oppmerksom på muligheten for taktisk klassifisering, om prosjektlederne selv velger HRCS-kategorier. Dette gjelder først og fremst ved utlysninger av midler på avgrensede tema eller med prioriterte områder. Antakelser om hvilke forskningsområder som vil være prioriterte og gi større mulighet for innvilgelse kan påvirke valget av kategorier.

Klassifisering av samtlige søknader kan gi analysemuligheter knyttet til innvilgelse, som også kan være nyttig for finansierer. Helse Sør-Øst har nylig inkludert HRCS-dimensjonen *Health Categories* i søknadsfasen, og kan med dette nå se hvilke forskningsområder som har høy og lav innvilgelsesgrad. I de tilfellene der HRCS-kategorier blir valgt på nytt hvert år på rapporteringstidspunktet, gir dette anledning til å oppdatere valget av kategorier, skulle det være endringer i et prosjekt.

### Anbefaling:

Klassifisering kan gjøres på ulike tidspunkt i forskningens syklus. Dersom klassifiseringen gjøres av forskerne selv i forbindelse med søknad om midler, bør man være oppmerksom på risikoen for taktisk klassifisering ved tematisk avgrenset utlysning av forskningsmidler.

### **Informasjon og veiledning**

HRCS-kategoriene kan tolkes på ulike måter og det er viktig å legge godt til rette for informasjon om systemet og veiledning til merkingen. Dette må tilpasses fremgangsmåten man har valgt for klassifiseringen.

For forskerne er det viktig at veiledningen er lett tilgjengelig, og gjerne kortfattet. Gruppen er i tvil om i hvilken grad forskerne vil benytte veiledning ved hjelp av linker til eksterne nettsider. Dersom informasjonen er direkte til stede som veiledningstekst, uten å involvere eksterne nettsider, kan det bidra til at en større andel av forskerne bruker informasjonstekstene. Finansiørene har kontakt med forskerne ved ulike anledninger, for eksempel informasjonsmøter som avholdes i forbindelse med søknadsrunder. Det kan være fornuftig å vurdere om informasjon om HRCS-systemet kan inkluderes ved noen av disse møteplassene.

Dersom man involverer seg i HRCS-merkingen på den administrative siden eller gjennom for eksempel vurderingspaneler, er opplæring i systemet viktig. Færre personer er involvert, og det vil sannsynligvis være lettere å gjennomføre opplæringssesjoner enn når enkeltforskere klassifiserer. Her kan det være effektivt om flere brukere går sammen.

### Anbefaling:

Informasjon og veiledning i HRCS-systemet er viktig for å få god kvalitet på klassifiseringen. Gruppen anbefaler alle brukere å gjøre hva de kan for at veiledning og opplæring er så god og så lett tilgjengelig som mulig.

### **Kvalitetssikring av utført klassifisering**

Flere av arbeidsgruppens medlemmer ser kvalitetssikring som et forbedringsområde i sin bruk av HRCS-systemet.

En mulighet er å la et tilfeldig utvalg av prosjektene merkes to ganger (eksternt og internt) for intern læring. Da det ikke finnes noen fasit for hvordan et prosjekt skal klassifiseres, vil dette først og fremst være utgangspunkt for diskusjon og utvikling av en bedre forståelse for systemet. Dette vil passe best der man har sentralisert merkingen, som i Forskningsrådet.

En annen mulighet er å ta ut prosjekter i konkrete kategorier som man ser som utfordrende, gjøre en ekstra kvalitetssjekk og eventuelt reklassifisere. Dette kan være passende der klassifiseringen er "desentralisert" og fordelt på mange hender uten særlig samordning/veiledning, og man derfor er mer usikker på materialet. Det viktigste må være å unngå systematiske skjevheter i klassifiseringen. Mindre variasjoner i valg av kategorier antas å jevne seg mye ut på aggregert nivå. Helsekategorien *Other* er et eksempel på en kategori som høres ut som og derfor lett kan ende som en stor sekkepost, men som ifølge systemets veiledning burde ligge lavt i andel. For forskningsaktivitet *Underpinning Research* kan det også være gunstig å gjøre en ekstra kvalitetssjekk på de merkede prosjektene. Gruppen ser en risiko for at basalforskningsprosjekter knyttet til grunnleggende sykdomsforståelse (som skal ligge i *Aetiology*) kan bli feilplassert i denne kategorien. Et alternativ til å kontrollere disse to kategoriene i etterkant er å legge inn ekstra veiledning.

### Anbefaling:

Alle brukere av systemet oppfordres til å sette av noe tid til kvalitetssikring. Det finnes ulike måter å angripe kvalitetssikringen på, som å klassifisere noen prosjekter flere ganger og å kontrollere utført klassifisering i noen utvalgte kategorier.

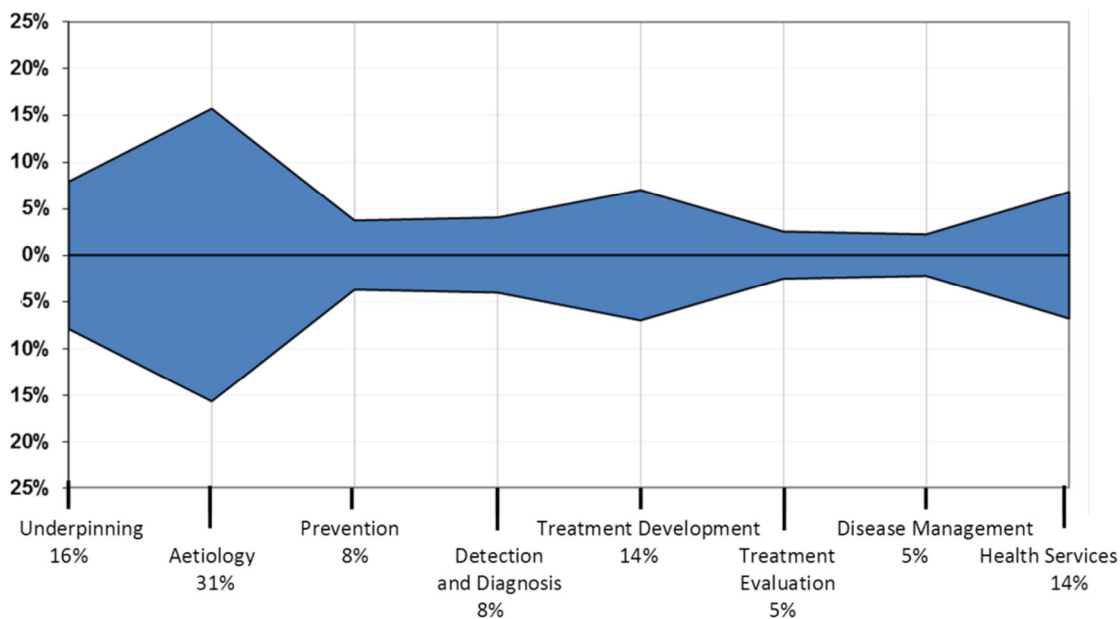
## Presentasjon av resultater

Gruppen har ønsket å enes om visse felles figurer som alle benytter, for sammenlikningsformål. I tillegg vil hver bruker sannsynligvis ønske å presentere data på litt ulike måter, basert på deres konkrete behov.

HRCS-oversikter for dimensjonen *Research Activity* presenteres vanligvis i såkalte kitediagram (se figur 1<sup>5</sup>). I et kitediagram representerer høyden av det fargede feltet over og under den horisontale 0 % -linjen, langs hver av de åtte loddrette aksene, de respektive kategoriernes prosentandel av finansieringen. En innvending er at de kan oppfattes som noe upresise, og noen finner dem vanskelige å lese. Det er også verdt å være oppmerksom på at kitediagrammet ikke gir et lettfattelig bilde av styrkeforholdet mellom grunn- og anvendt forskning, på grunn av den visuelle effekten av at grunnleggende forskning er fordelt på færre kategorier (1-2) enn forskning rettet mot konkrete anvendelser og tiltak (3-8).

Kitediagrammene blir godt mottatt i noen fora, og mindre godt i andre. Det er naturligvis mulig å presentere analysene på en annen måte, for eksempel i en tabell eller som et ordinært stolpediagram. Når en del interessenter finner kitediagrammene gode, samt at man i andre land benytter disse, er det likevel gunstig om man kan finne presentasjonsmåter som gjør kitediagrammene mer presise og tydelige for leserne. Dette kan gjøres på flere måter, for eksempel å kombinere et kitediagram med en tabell der prosentverdiene listes opp, eller å legge prosentverdiene inn i figuren sammen med kitediagrammet (se figur 1). Å unngå negative verdier på y-aksen kan også være en forbedring. Det sentrale er at man samlet sett inkluderer tilstrekkelig med informasjon. Å presentere kun et kitediagram, uten informasjon om de faktiske verdiene, er ikke ønskelig.

Figur 1. Forskningsrådet 2012, 644 mill. kroner – HRCS forskningsaktivitet - i prosentandel



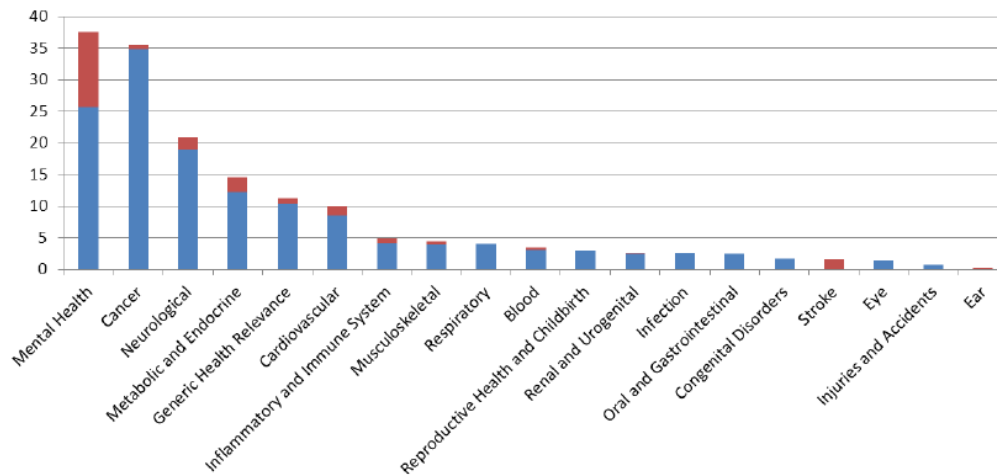
Å kombinere HRCS-data med andre parametere kan gi nye analysemuligheter. Helse Vest har benyttet seg av dette, blant annet for å se andelen kliniske intervensjonsstudier i de ulike HRCS-kategoriene og fordeling av ulike prosjekttypene for hver av de ulike HRCS-kategoriene, se eksempel i figur 2<sup>6</sup>. Det vil også være interessant å kombinere data for nasjonal sykdomsbyrde

<sup>5</sup> Rapport Norges forskningsråd 2013 *Helseforskning i Norges forskningsråd 2012 Porteføljeanalyse med Health Research Classification System (HRCS)*

<sup>6</sup> Se årsrapporter på <http://www.helse-vest.no/fagfolk/forskning/det-regionale-samarbeidsorganet/Sider/side.aspx>

med ressursinnsats i HRCS-systemets helsekategorier. Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Forskningsrådet, har begynt et slikt arbeid.

**Figur 2.** Helse Vest 2011- HRCS helsekategori kombinert med data på kliniske intervensjonsstudier (rødt) og andre studier (blått) – i mill. kroner



#### Anbefaling:

Arbeidsgruppen anbefaler en felles framstilling av data for forskningsaktivitet som vist i figur 1. Tydelig informasjon om prosentandeler av finansieringen for hver av kategoriene er viktig. Videre anbefales det på samme måte å inkludere prosentandelene i stolpediagram for å presentere data for dimensjonen helsekategori.

#### **Sammenstilling**

Arbeidsgruppen har diskutert muligheten for et samarbeid om en felles HRCS-analyse, hvor man enes om et felles oppsett og for eksempel setter klassifiseringsarbeidet ut eksternt. I en slik ad-hoc analyse vil usikkerheten om sammenliknbarhet på tvers av for eksempel Forskningsrådet og RHF-ene forsvinne, og det vil generere en oversikt over viktige deler av den nasjonale forskningsinnsatsen på helsefeltet. Det vil også gi alle brukerne mulighet til å sammenlikne resultatene med sin egen merking, og kan derfor også ses som et kvalitetssikringstiltak. Forskningsrådet har avklart at den eksterne konsulenten de bruker i Storbritannia er villig til å ta på seg større klassifiseringsoppdrag.

Flere i arbeidsgruppen er positive til et slikt samarbeid. Det er likevel usikkerhetsmomenter knyttet til hvordan og om man kan gjennomføre dette. Mulige utfordringer kan være at mange har norske prosjektsammendrag, å gjøre prosjektbeskrivelser tilgjengelig for en eksternt konsulent, og om det vil være tilstrekkelig interesse for en slik engangsanalyse til å forsvare ressursbruken.

#### Anbefaling:

Arbeidsgruppen vurderer muligheten for en felles ad hoc HRCS-analyse i et samarbeid mellom de nåværende brukerne av systemet (finansører) som interessant, og ønsker å undersøke interessen og muligheten for dette nærmere.

### **c) Videreutvikling av HRCS-systemet**

I HRCS-systemet grupperes forskning i relevante og interessante kategorier, spesielt i et klinisk perspektiv. Det er stor enighet i gruppen om at finansører likevel vil ha behov for å kunne rapportere og analysere sine porteføljer og forskningsinnsats ut fra parametere som ikke er inkludert i HRCS-systemet. For eksempel rapporterer regionale helseforetak forskningsinnsats

på nasjonale strategiplaner knyttet til kols, rus, diabetes, eldre, m. fl. Forskningsrådet har et omfattende prosjektmerkingssystem som omfatter blant annet fagdisipliner, politiske prioriterte områder og relevans for næringsliv. Kreftforeningen bruker egne definerte fagområder i tillegg til HRCS. Systemet vil altså med stor sannsynlighet ikke være fulldekkende for en finansiørs analysebehov, behov som også kan endres over tid. Arbeidsgruppens synspunkter her er sammenfallende med erfaringer fra det internasjonale arbeidet med HRCS gjennom ESF.

Arbeidsgruppen har diskutert systemets kategorier og om det er behov for endringer. En svakhet er at *Stroke* – slag - er trukket ut som en egen helsekategori i HRCS, og ikke er en del av *Cardiovascular*. Videre kan man alltid ønske seg økt granularitet, som under *Neurological* å for eksempel kunne skille mellom forskning på demens, forskning på MS og forskning på normal nevrofysiologi. Fordelen med totalt 21 helsekategorier er at det er relativt enkelt og oversiktlig.

Et annet tema som ble diskutert var behovet for å få politisk prioriterte områder inn i systemet. Eksempler på dette kan være forskning på global helse og forskning i og om primærhelsetjenesten. Slik HRCS-systemet fungerer nå vil disse forskningstemaene kunne plasseres på ulike steder i systemet, avhengig av forskningsfokus. Global helseforskning på utvikling av en ny vaksine vil plasseres i kategorien *Prevention*, forskning på helsesystemer i utviklingsland plasseres i kategorien *Health Services* osv. Sykdomsfokuset i den aktuelle studien vil bestemme hvilken helsekategori den skal plasseres i. Å innføre en ny kategori *Global helse* under en av de to dimensjonene vil dermed bryte logikken i systemet. Det samme vil gjelde for forskning knyttet til primærhelsetjenesten.

Gruppen ser mulighetene for sammenlikninger internasjonalt som en viktig fordel med HRCS-systemet. Det taler mot å endre systemets kategorier. Men å beholde HRCS-systemet konstant utelukker ikke muligheten for å kombinere HRCS-merking med annen rapportering. Forskningsrådets operasjonalisering av HRCS muliggjør for øyeblikket ikke dette, men i eRapport ligger det mulighet for å kople HRCS merkingen med andre deler av rapporteringen, som tidligere nevnt for eksempel til publikasjoner og kliniske intervensjonsstudier.

#### Anbefaling:

Arbeidsgruppen anbefaler ikke å endre eller utvide HRCS-systemet. Behov for synliggjøring av andre forskningsområder eller tema kan med fordel legges inn i merke- og rapporteringssystemene som eksisterer parallelt med/i tillegg til HRCS. Gruppen ser det som verdifullt å beholde systemet konstant, både med tanke på sammenlikninger over tid og internasjonale sammenlikninger.