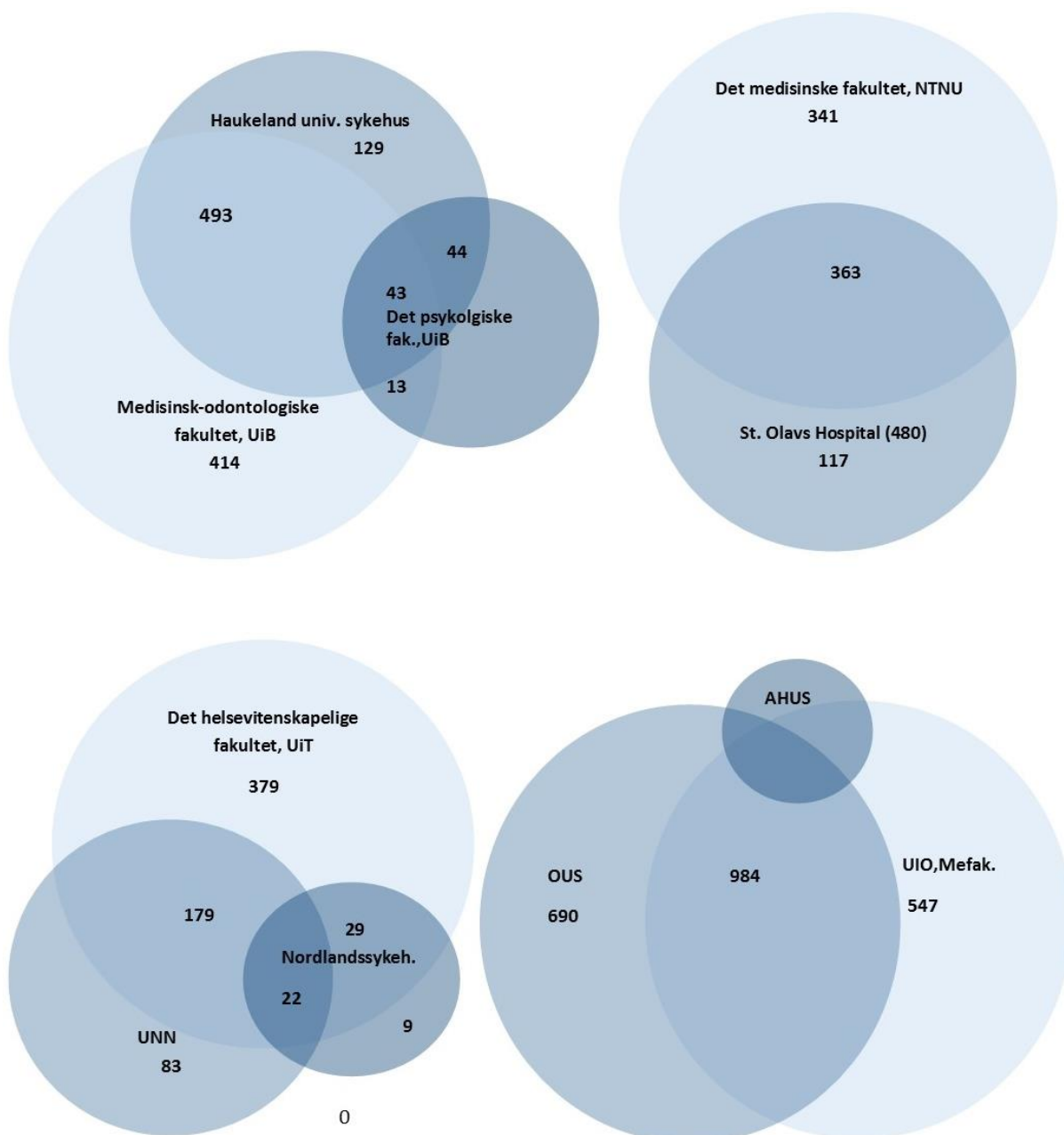


Samordning mellom universiteter og helseforetak

Identifikasjon av utfordringsbilder med forslag til løsninger



Anne Husebekk (leder)

Cathrine M. Lofthus

Dag Rune Olsen

Stig Arild Slørdahl

Arvid Hallen (observatør)

Kjetil Kvalsvik (sekretær)

Per Morten Sandset (sekretær)

Tromsø, Oslo, Bergen, Trondheim,

30. november 2016.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1.1 Bakgrunn for oppdraget.....	5
1.2 Barrierer for samarbeid.....	5
1.3 Arbeidsgruppens anbefalinger.....	6
2 Bakgrunn for oppdraget.....	8
2.1 Innledning.....	8
2.2 Mandat.....	9
2.3 Tolkning av mandatet.....	10
2.3.1 Arbeidsform og innspillsgrupper.....	10
2.4 Rapportens oppbygging.....	11
2.4.1 Forankring av rapporten	11
3 Eierstrukturer og samarbeidsarenaer	12
3.1 Universitetene.....	12
3.2 Helseforetakene	12
3.3 De regionale samarbeidsorganene.....	13
4 Areal for forskning og utdanning	14
4.1 Region Sør-Øst.....	14
4.1.1 Avtaler	15
4.2 Region Vest.....	15
4.2.1 Avtaler	16
4.3 Region Midt-Norge	16
4.3.1 Avtaler	16
4.4 Region Nord	17
4.4.1 Avtaler	17
5 Forskningsfinansiering	18
5.1 Finansieringssystemet i sektorene	18
5.1.1 Basisfinansiering av i UH-sektoren.....	18
5.1.2 Basisfinansiering av forskning i helseforetakene	19
5.1.3 Forskjeller mellom helseregionene.....	20
5.1.4 Forskningsinsentiver.....	21
5.1.5 Budsjettering og regnskapsføring av eksterne forskningsmidler.....	21
5.1.6 Gaveforsterkningsordningen	22
5.1.7 Anskaffelser av utstyr og tjenester	22
5.1.8 Regelverk for merverdiavgift og prising av forskningstjenester	22
6 Administrative rutiner og regelverk	23

6.1	Regelverk og styring	23
6.2	Delte /kombinerte stillinger	23
6.3	Forankring av eksternt finansierte forskningsprosjekter	23
6.4	Forskningsadministrative tjenester	24
7	Forskningsinfrastruktur	24
7.1	Organisatorisk og strategisk samarbeid.....	25
7.1.1	Kjernefasiliteter	25
7.1.2	Biobanker	25
7.1.3	Kompetanseinfrastruktur	26
7.1.4	Håndtering og lagring av sensitive data	26
8	Utdanning	26
8.1	Kapasitet og dimensjonering	26
8.2	Helsepersonell i forskning og undervisning	27
8.3	Praksisperioder i utdanningen av helsepersonell.....	27
8.4	Undervisningsteknologi – simulering/e-læring	27
8.5	Spesialisering av helsepersonell	27
9	Utfordringsbildet med anbefalinger	29
9.1	Modeller for sektorsamarbeid.....	29
9.2	Eierstrukturer og samarbeidsarenaer	30
9.3	Areal for forskning og utdanning	30
9.4	Forskningsfinansiering	31
9.5	Administrative rutiner og regelverk	33
9.6	Forskningsinfrastruktur	34
9.7	Utdanning	35

SAMMENDRAG

Denne rapporten er skrevet på oppdrag gitt 30. juni 2015 fra Kunnskapsdepartementet (KD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Departementene oppnevnte da en arbeidsgruppe med Anne Husebekk, rektor ved Universitetet i Tromsø (UiT) - Norges arktiske universitet, som leder. Arbeidsgruppen ble bedt om “å beskrive eventuelle barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt”. Gruppens mandat pekte i første rekke mot barrierer knyttet til sektorenes samarbeid om helseforskning, og rapportens statusbeskrivelse og løsningsforslag er følgelig innrettet i henhold til dette. Samhandling knyttet til utdanningsamarbeid er også kort berørt.

1.1 BAKGRUNN FOR OPPDRAGET

Det er i dag et utstrakt samarbeid mellom universiteter og helseforetak om helseforskning, innovasjon og utdanning. Samarbeidsflaten preges i økende grad av fler- og tverrfaglighet med bidrag fra fagmiljøer utenfor de tradisjonelle kliniske forskningsmiljøene (f.eks. biologi, teknologi, økonomi, jus). Samarbeidet berører flere organisatoriske nivåer og omfatter ulike funksjoner og tiltak, som felles forskningssøknader og -prosjekter, infrastrukturer og tungt utstyr i tillegg til utdanning og opplæringsaktiviteter.

Et godt samarbeid er nødvendig for effektiv ressursutnyttelse og er et sentralt premiss for å nå de overordnede målene i helse- og forskningspolitikken. Det er behov for god koordinering mellom sektorene for å kunne utnytte kompetanse og kapasitet i begge sektorer, og for å bygge forskningsmiljøer og utdanning av høy kvalitet. Samarbeidet legger også grunnlag for å kunne hente ut innovasjonspotensialet i helseforskningen, for å løse samfunnsutfordringer, og forbedre helsetjenesten til beste for pasientene. Oppdragsbrev og mandat viser til samarbeidsflaten universitet/helseforetak der de medisinske/helsevitenskapelige fakultetene og regions- og universitetssykehusene har en særskilt rolle, og vinklingen av utfordringsbildet begrunnes ut fra denne posisjonen.

1.2 BARRIERER FOR SAMARBEID

Arbeidsgruppen har identifisert barrierer innenfor seks tematiske områder:

- eierstruktur og samarbeidsarenaer
- areal for forskning og utdanning
- forskningsfinansiering
- administrative rutiner og regelverk
- forskningsinfrastruktur
- utdanning

Barrierene eksisterer både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Det er identifisert barrierer i alle regioner, men regionale løsninger gjør at forskning og utdanning påvirkes i varierende grad.

Barrierer for samarbeid er beskrevet på bakgrunn av dokumentasjon innhentet fra arbeidsgruppens medlemmer, gjennom eksperter som har presentert problemstillinger i møtene, og gjennom skrivegrupper oppnevnt av arbeidsgruppen. I tillegg har de fire regionale samarbeidsorganene, HelseOmsorg21-rådet og Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten

(NSG) alle gitt innspill og kommentarer til kapitlene, i henhold til mandatets føringer om forankring. Beskrevne barrierer utgjør rapportens kapitler tre til åtte. Forslag til løsninger finnes i kapittel ni.

1.3 ARBEIDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Med bakgrunn i situasjonsbeskrivelsen, har arbeidsgruppen utarbeidet anbefalinger som vil bidra til større grad av harmonisering mellom sektorene, bygge ned barrierer for samarbeid og gi større effektivitet og bedre ressursutnyttelse.

Arbeidsgruppens anbefalinger er inndelt etter de tematiske områdene som følger:

Eierstruktur og samarbeidsarenaer

- Det etableres et formelt samarbeidsforum med deltagelse på høyt politisk nivå fra eierdepartementene (inkl. embetsverket), fra regionale helseforetak og fra universiteter. Et slikt samarbeidsforum bør understøttes av en sekretariatsfunksjon, f.eks. i regi av Norges forskningsråd.
- Det etableres en ordning med gjensidig styrerepresentasjon mellom universitet og regionalt helseforetak og mellom universitetssykehus og helsefakultet/medisinsk fakultet.
- De etablerte samarbeidsarenaene HelseOmsorg21-rådet, NSG, de regionale samarbeidsorganene og felles forsknings- og utdanningsutvalg videreføres og videreutvikles.
- KD gir universitetene i oppdrag å samarbeide med helseforetakene på samme måte som HOD gir instruks til RHFene om samarbeid med universitetene.

Areal for forskning og utdanning

- Avtaler om bruk av eksisterende areal foreslås videreført.
- Det lages en samordnet modell for finansiering, vedlikehold, drift og bruk av nye arealer for samarbeidsflaten universitet/universitetssykehus. Modellen må også inkludere kriterier for partenes håndtering av eventuelle endringer i arealbehov. Det anbefales at denne modellen implementeres lokalt og forvaltes innenfor egnede samarbeidsarenaer. Tinglyst sameie anbefales som den foretrukne modellen. Alternativt kan en leiemodell benyttes.

Forskningsfinansiering

- Incentiver og rammebetingelser for forskning må være mest mulig like mellom sektorene og stimulere til samarbeid.
- Det innføres en totalkostnadsmodell i helseforetakene, som prinsipielt svarer til den modellen som er innført i UH-sektoren.
- Det etableres en gaveforsterkningsordning med forankring i HOD for gaver til klinisk forskning tilsvarende ordningen til UH-sektoren for gaver på mer enn 3 millioner kroner til langsiktig grunnleggende forskning. Gaveforsterkningsordningene åpnes gjensidig for mottakere i begge sektorer med premiering fra respektive departement. Ordningen administreres av Norges forskningsråd.

Administrative rutiner og regelverk

- Harmonisering av administrative rutiner og retningslinjer for forskning, innovasjon og utdanning gjennomføres.
- Sektorene må legge til rette for oppbygging av felles forskningsadministrative støttefunksjoner.
- Det legges til rette for at administrasjon/gjennomføring av store forskningssatsinger (SFF, K. G. Jebsen sentre o.l.) på tvers av sektorene forenkles.
- Kreditering og annen synliggjøring, f.eks. gjennom rapporteringsrutiner, må gjenspeile aktiviteten i begge sektorer fullt ut.

Forskningsinfrastruktur

- Forskningsinfrastruktur må samordnes på strategisk og operativt nivå mellom universitet og universitetssykehus, bl.a. for å unngå duplisering av kostnads- og kompetansekrevede utstyr, sikre god kapasitetsutnyttelse og forhindre konkurransevridning i sektorsamarbeidet.
- Forskningsinfrastrukturer må ha felles nøytrale overordnede retningslinjer som sikrer lik tilgang for brukerne og for plassering av eierskap/vertskap.
- Drift av forskningsinfrastruktur finansieres i så stor grad som mulig av prosjektene som anvender infrastrukturen.

Utdanning

- Sektorene må legge til rette for oppbygging av felles utdanningsadministrative støttefunksjoner.
- Det etableres et tett og forpliktende samarbeid mellom KD, HOD, helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene for å sikre riktig kapasitet, og for å sikre at leger og annet helsepersonell gis nødvendig kompetanse for å løse fremtidige oppgaver.
- KDs tildelinger av nye studieplasser må etterfølges av tilsvarende tildelinger av midler til primær- og spesialisthelsetjenesten som bidrag til praksisperioder for et økende antall studenter.
- Det må i henhold til UHRs praksisrapport, *«utvikles karriereløp som er tilpasset og honorerer undervisningsoppgaver i større grad enn det som eksisterer i dag»*.

Del 1 – Innledning og bakgrunn for oppdraget

2 BAKGRUNN FOR OPPDRAGET

2.1 INNLEDNING

Et velfungerende samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren (UH-sektoren) og helseforetakene (HFene) er nødvendig for å nå de nasjonale målsettingene for helse- og omsorgsforskning. I langtidsplanen for forskning og høyere utdanning (Meld. St. 7 2014-2015) har regjeringen satt tre overordnede mål som i sterk grad berører samarbeidsflaten mellom de to sektorene:

- styrke konkurransekraft og innovasjonsevne
- løse store samfunnsutfordringer
- utvikle fagmiljø av fremragende kvalitet

I langtidsplanen kobles prioriteringene for forskning og høyere utdanning tettere sammen enn tidligere, og det blir pekt på et nødvendig samspill mellom kunnskapsmiljøer, teknologi og fagretninger for videre utvikling og måloppnåelse. Begge sektorer driver i dag omfattende virksomhet og samarbeid innen helseforskning, innovasjon og utdanning. Samarbeidsflaten er preget av økende tverrfaglighet, noe som utfordrer koordinasjon, langsiktighet og prioriteringer mellom sektorene. I alle de fire helseregionene har omlag 70 % av alle publikasjoner forfattere fra både helse- og universitetssektoren. Dette illustrerer det sterke samarbeidet mellom de to sektorene.

Universitetene har fire lovpålagte oppgaver; forskning, utdanning, formidling og innovasjon. Forskningsaktiviteten skal bidra til å møte samfunnsutfordringene, øke verdiskapingen og bidra til å flytte den internasjonale kunnskapsfronten framover. Universitetene har et særskilt ansvar for grunnforskning og er gradsgivende institusjoner. Universitetene deltar i alle typer helseforskning, også med bidrag til medisinsk forskning fra andre fagområder som f.eks. jus, biologi, teknologi, matematikk, økonomi, etikk og samfunnsvitenskap. Forskning gir grunnlag for evidensbaserte utdanninger.

HFene har fire lovpålagte oppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Forskningen ved HFene er normstyrt ved at den skal understøtte målene om høy kvalitet, likeverdig tilgjengelighet og effektive, trygge og kostnadseffektive helsetjenester. Universitetssykehusene har et særskilt ansvar for å tilrettelegge for forskning som foregår i samhandling med universitetene og for praksisdelen av helseutdanningene.

De regionale helseforetakene (RHFene) er finansiert for å ivareta denne oppgaven gjennom basisbevilgning og øremerket tilskudd til forskning. Føringer for forsknings- og utdanningssamarbeidet mellom sektorene kommer blant annet i instruks fra HOD til de regionale helseforetakene (RHFene) om samarbeid med UH-sektoren¹ og fra Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten². Universitetene har ikke tilsvarende instruks for samarbeid fra KD.

Helseforskningen i UH-sektoren og ved HFene overlapper i stor grad både tematisk og i bruk av personell, infrastruktur og arealer, og utføres ofte gjennom ulike samarbeidsformer. Dette skaper

¹ <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/1instruks.pdf>

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-12-17-1706>

mulighetsrom og gir styrke, men medfører også utfordringer for organisering, ledelse, ressursstyring og prioritering som kan oppfattes som barrierer for effektivt samarbeid. Også systemiske og organisatoriske ulikheter kan utfordre effektiv ressursutnyttelse av arealer, kompetanse, kapasitet og infrastruktur.

Arbeidet med å kartlegge barrierer og handlingsrom mellom UH-sektoren og HFene er en del av regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien³. HOD og KD nedsatte i et felles brev av 30. juni 2015 en arbeidsgruppe for å beskrive barrierer og foreslå konkrete løsninger for samarbeidet mellom universiteter og helseforetak.

Følgende medlemmer ble oppnevnt til arbeidsgruppen:

- Anne Husebekk, rektor, UiT - Norges arktiske universitet (leder).
- Cathrine M. Lofthus, adm. dir., Helse Sør-Øst RHF.
- Dag Rune Olsen, rektor, Universitetet i Bergen.
- Stig Slørdahl, adm. dir., Helse Midt-Norge RHF.
- Arvid Hallén, adm. dir., Norges forskningsråd (observatør).

Arbeidsgruppens sekretariat skulle ivaretas av universitetene og RHFene i fellesskap, og sekretariatet har bestått av følgende medlemmer:

- Kjetil Kvalsvik, fakultetsdirektør, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT - Norges arktiske universitet.
- Per Morten Sandset, direktør forskning, innovasjon og utdanning, Helse Sør-Øst RHF.

2.2 MANDAT

Mandat for arbeidsgruppen ble fastsatt av KD og HOD 30. juni 2015.

Mål for arbeidet:

Et velfungerende samarbeid mellom universiteter og helseforetak er nødvendig for å nå de overordnede nasjonale målsettingene i helse- og omsorgsforskning. Arbeidsgruppen skal foreslå tiltak for å videreutvikle og forbedre samarbeidet mellom universitetene og helseforetakene.

Oppgaver:

Arbeidsgruppen skal beskrive eventuelle barrierer for samarbeid og foreslå konkrete løsninger eller beste praksis som kan gjennomføres lokalt, regionalt eller nasjonalt.

Avgrensning:

Gjeldende nasjonale rammebetingelser, føringer og styringssystemer for universiteter og regionale helseforetak, herunder lov og regelverk og nasjonale finansieringssystemer for forskning, skal ligge til grunn for arbeidet. Det øremerkede tilskuddet til forskning i de regionale helseforetakene skal understøtte forskning i helseforetakene, og midlene skal regnskapsføres i helseforetakene.

Tilgrensende arbeid vil være utvikling av en egen modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak. Arbeidet med justering av finansieringssystemet for universitets- og høyskolesektoren vil også foregå parallelt.

Forankring:

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/>

Det forutsettes at arbeidet forankres i de regionale samarbeidsorganene, Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning og HelseOmsorg21-rådet.

Rapportering og tidsfrister:

Arbeidsgruppen leverer sine anbefalinger til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet innen 29. februar 2016.

Oppnevningensbrev med mandat finnes i vedlegg til rapporten (Vedlegg 1).

Arbeidsgruppens virketid ble senere forlenget av departementene, og innleveringsfrist for rapporten ble utsatt til 30. november 2016.

2.3 TOLKNING AV MANDATET

Arbeidsgruppen legger til grunn at ambisjoner for forskning beskrevet i HelseOmsorg21 danner et strategisk utgangspunkt for de beskrivelser og forslag arbeidsgruppen skal utarbeide. Økt kvalitet og relevans i helseforskningen forutsetter et videreutviklet samarbeid mellom UH-sektoren og HFene. Samtidig er universitetene nevnt spesielt i mandatet, og arbeidsgruppen har derfor avgrenset sitt arbeid til i hovedsak å omfatte universiteter med medisinerutdanning (ikke hele UH-sektoren) i samhandling med universitetssykehusene.

Arbeidsgruppen har lagt vekt på å beskrive status og barrierer for samarbeid mellom universiteter og universitetssykehus. Videre har arbeidsgruppen foreslått løsninger som vil bidra til at de identifiserte hindringene for et funksjonelt og smidig samarbeid kan bygges ned og føre til bedre og mer effektivt samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt.

Mandatets avgrensning om at gjeldende rammebetingelser, lover og retningslinjer skal ligge til grunn har vært førende for arbeidet. Dette omfatter også mandatets vektlegging av helseforetakenes forskningsmidler og samarbeid om forskning i større grad enn utdanning. Selv om arbeidsgruppen ser at utdanning ligger utenfor mandatet, har arbeidsgruppen valgt å peke på noen forhold knyttet til utdanning på bakgrunn av det omfattende samarbeidet mellom sektorene på dette området.

2.3.1 Arbeidsform og innspillsgrupper

Arbeidsgruppen har gjennomført 12 fysiske møter supplert med utveksling av innspill og tekster på e-post. Under møtene har følgende personer bidratt med presentasjoner:

- Hilde Nebb, prodekan, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO).
- Ludvig Sollid, professor, Senter for immunregulering, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, UiO, og Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus HF.
- Menno P. Witter, professor, Kavli-instituttet/Senter for nevralt nettverk, Det medisinske fakultet, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

Representanter for både HOD og KD deltok på arbeidsgruppens møte i april 2016 for statusoppdatering og presisering av forventninger til oppdraget. Fra KD stilte Bjørn Haugstad, statssekretær, Finn-Hugo Markussen, seniorrådgiver i Universitets- og høyskoleavdelingen og Sigrild Tollefsen, seniorrådgiver i Forskningsavdelingen, mens Maiken Engelstad, avdelingsdirektør, og Marianne van der Wel, seniorrådgiver, begge Spesialisthelsetjenesteavdelingen, deltok fra HOD. Det har også vært dialog med departementene underveis om innholdet i rapporten og frist for arbeidsgruppens leveranse.

Beskrivelse av nåsituasjonen med oversikt over utfordringsbildet har vært utført med hjelp av tekstlige innspill fra skrivegrupper. Gruppene har hatt deltakelse både fra universitetene og RHFene/HFene med følgende medlemmer:

- Alf Henrik Andreassen, Helse Bergen HF.
- Elisabeth Arntzen, Helse Sør-Øst RHF.
- Torunn Berge, Helse Sør-Øst RHF.
- Robert Bjerknes, Universitetet i Bergen.
- Gottfrid Greve, Universitetet i Bergen.
- Sameline Grimsgaard, UiT Norges arktiske universitet.
- Mette Sollihagen Hauge, Universitetet i Oslo.
- May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge RHF.
- Lillian Kramer-Johansen, Oslo universitetssykehus HF.
- Øystein Krüger, Helse Sør-Øst RHF.
- Nina Langeland, Universitetet i Bergen.
- Tom Christian Martinsen, St. Olavs Hospital HF.
- Trond Nylund, UiT Norges arktiske universitet.
- Baard-Christian Schem, Helse Vest RHF.
- Elin Skog, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- Britt Elin Steinveg, UiT - Norges arktiske universitet, nå Tromsø Kommune.
- Pål Vegar Storeheier, UiT - Norges arktiske universitet.
- Svetlana Zykova, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- Jørgen Aarøe, Oslo universitetssykehus HF.

Sekretariatet har under sammenstilling av rapporten mottatt støtte fra André Løvik, UiT - Norges arktiske universitet og Øystein Krüger, Helse Sør-Øst RHF, mens redigering og ferdigstilling av endelig rapport er utført med bidrag fra May Britt Melandsø Kjelsaas, Helse Midt-Norge RHF, og Torunn Berge, Helse Sør-Øst RHF.

2.4 RAPPORTENS OPPBYGGING

Rapporten er tredelt. **Del 1** (kapittel 2) omhandler innledning og bakgrunn for oppdraget. **Del 2** (kapittel 3-8) inneholder en omtale av nåsituasjonen og en beskrivelse av de viktigste utfordringsområdene, mens **Del 3** (kapittel 9) omfatter arbeidsgruppens løsningsforslag for å møte utfordringene og redusere barrierene for effektivt samarbeid.

2.4.1 Forankring av rapporten

Oppdragsgiverne har forutsatt at arbeidsgruppens arbeid er forankret i de fire regionale samarbeidsorganene, Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) og HelseOmsorg21-rådet.

Innspillsrunder til rapporten er gjennomført på ulike stadier av arbeidet. Rapportutkastets første to deler ble sendt til forankringsorganene for innspill med frist 15. august 2016, mens innspillsrunde for rapportens løsningsforslag ble gjennomført med frist 9. september. Et fullstendig utkast av rapporten ble distribuert til forankringsorganene for innspill i perioden 7.-21. oktober. Disse innspillene ble behandlet i arbeidsgruppens siste fysiske møte 28. oktober 2016.

Del 2 – Status for samarbeidsflaten universitet/helseforetak

3 EIERSTRUKTURER OG SAMARBEIDSARENAER

3.1 UNIVERSITETENE

Universitetene eies av Kunnskapsdepartementet (KD) og er forvaltingsorganer med særskilte fullmakter regulert av universitets- og høgskoleloven (2005). Institusjonene styres gjennom tildelingsbrev hvor fullmakter er gitt og mål- og resultatkrav definert (styringsparametere). Fullmakten er gitt til institusjonenes styrer, som igjen er ansvarlig for forvaltningen av denne. Departementet gjennomfører sykliske etatsstyringsmøter for å følge opp mål og resultater for hver enkelt institusjon.

Sektoren er nettobudsjettet, noe som innebærer at ubrukt bevilgning fra tidligere år kan avsettes i institusjonenes regnskap og ikke trekkes inn av departementet. Videre er institusjonene rammebudsjettet, slik at institusjonene i stor grad selv kan bestemme fordeling av budsjettmidler mellom drift og investering for å realisere de målsetningene som er satt for institusjonene. KD har det overordnede ansvaret for forskning og samordning mellom departementene i utøvelsen av forskningspolitikken.

De medisinske/helsevitenskapelige fakultetene utgjør en stor og viktig del av universitetene. Likeledes er teknologi, økonomi, jus, biologi og andre fag relevante fagområder i helseforskningen.

3.2 HELSEFORETAKENE

Eierstrukturen for helseforetakene består av tre organisatoriske nivåer med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som øverste administrative instans for helsetjenesten i Norge. Staten ved HOD utøver eierskap over de fire regionale helseforetakene (RHFene) som igjen er eiere av helseforetakene (HFene) i sine respektive regioner. Både RHFene og HFene er selvstendige rettssubjekter med egne styrer.

HODs oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene gis ut årlig etter at beslutningen om statsbudsjett foreligger i Stortinget.

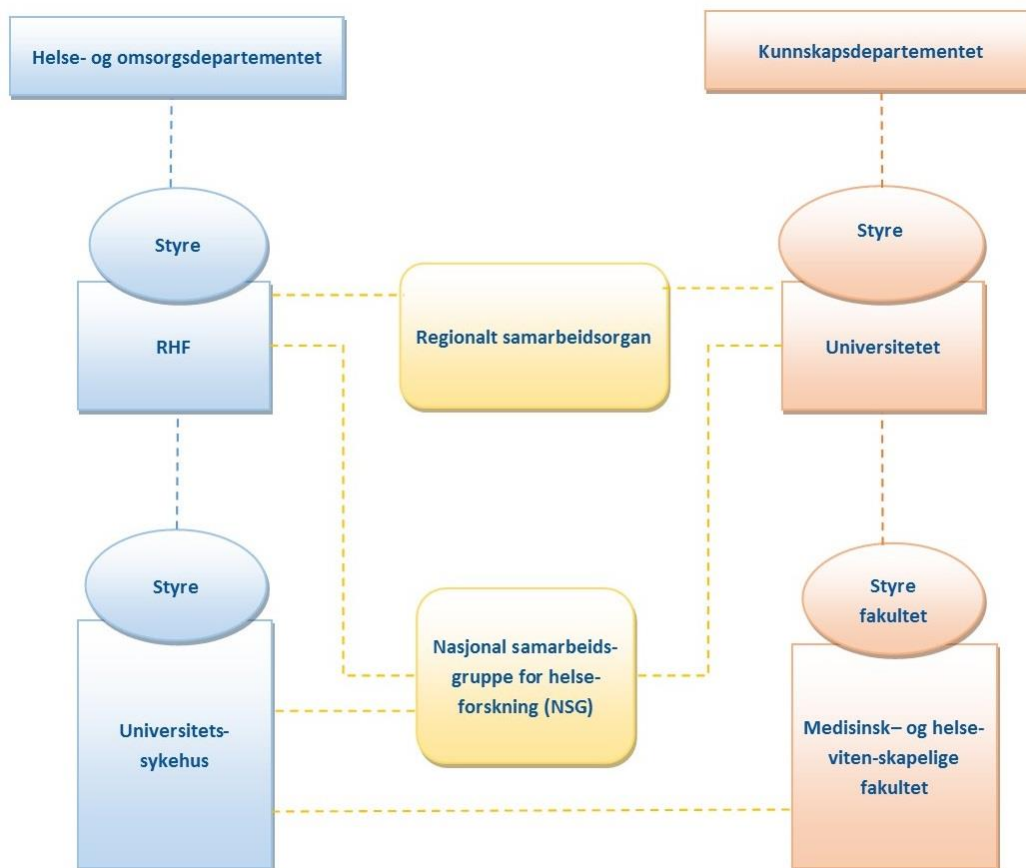
Oppdragsdokumentene inneholder beskrivelse av de oppgaver RHFene skal utføre i det påfølgende året og hvilke krav som stilles til RHFene. HOD avholder foretaksmøter med de fire RHFene hvor oppdragsdokumentet og andre oppgaver og krav til RHFene gjøres gjeldende. Dette er gjengitt i foretaksprotokoller. I HODs styringsdokumenter til RHFene framgår det at forskning og utdanning er to av fire lovpålagte oppgaver. Helseforetakene får sine oppdrag fra sitt respektive RHF gjennom årlige bestiller- og oppdragsdokument og i foretaksmøter gjengitt i foretaksprotokoller.

Spesialisthelsetjenesteloven pålegger sykehusene å drive med utdanning og forskning som to av fire hovedoppgaver. I merknadene til loven er det understreket at forskning må være med i sykehusledelsens planlegging av virksomheten. I St.meld. nr. 5 (2003-2004) om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten er det redegjort for regionsykehusstilskuddet som bestod av fire deler: *Tilskudd til basiskostnader (tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til RHF for merkostnader knyttet til å eie og drive et regionsykehus), tilskudd til særskilte funksjoner, det vil si lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra, jf. kap. 8 Høyspesialiserte tjenester, tilskudd til forskning som er rettet mot forskningsprosjekter innen klinisk forskning og tilskudd til undervisning som kompenserer*

for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen. Tilskudd til undervisning som kompenserer for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske virksomheten, ble lagt inn i basisbevilgningen fra 2006. I St.meld. nr 1 (2005-2006) heter det følgende om dette: *Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre: tilskudd til utdanning kompenserer for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske virksomheten foreslås fra 2006 lagt inn i de regionale helseforetakenes basisbevilgning.*

3.3 DE REGIONALE SAMARBEIDSORGANENE

Myndighetene forutsetter at universitetene og RHFene samarbeider om forskning, innovasjon og utdanning, og HOD har gitt instruks til RHFenes styrer om opprettelsen av regionale samarbeidsorganer⁴ som skal behandle saker av felles interesse og som berører slik samordning. KD gir ikke tilsvarende instruks til universitetene. De regionale samarbeidsorganene er rådgivende for RHFenes besluttende organer. Forskningsledelsen ved både universitetssykehus og ikke-universitetssykehus er representert i regionens samarbeidsorgan, sammen med representanter for universitetenes ledelse og ledelsen for helsefakultet/medisinsk fakultet og eventuelt matematisk-naturvitenskapelig fakultet.



Figur 1 Styringslinjer og arenaer for samarbeid mellom helsesektoren og universitetssektoren

Samarbeidsflaten omfatter ulike organisatoriske nivåer med kommunikasjon gjennom både formelle og uformelle fora. Samarbeidsarenaer eksisterer både på regionalt nivå, som gjennom de instruksfestede regionale samarbeidsorganene mellom RHF og universitet, og på nasjonalt nivå, ved nasjonal samarbeidsgruppe for

⁴ <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/1instruks.pdf>

helseforskning (NSG). Universitetene, RHFene, universitetssykehusene og universitets- og høyskolerådet er representert i NSG.

RHFenes forskningsmidler forvaltes i dialog med universitetene gjennom regionens samarbeidsorgan. Selv om det ikke finnes en instruks fra KD som krever at universitetene samarbeider med helseforetakene, er forskningen ofte av en slik natur at samarbeid er ønskelig og nødvendig. Videre er utdanningene absolutt avhengig av begge institusjoner, med universitetene som gradsgivende på alle nivåer og helseforetakene som nødvendige praksisarenaer. Instruksen fra HOD peker også på at mandat for samarbeidet skal forankres i styringslinja i universitetene.

4 AREAL FOR FORSKNING OG UTDANNING

Avklaring av arealdisposisjoner – eierskap, bruksrett, etableringskostnader og drift - er svært sentrale problemstillinger for de to samarbeidende sektorene og berører både forskning og utdanning. Ved større satsinger og nybygg ved universitetssykehusene har areal, utstyr og inventar tilknyttet universitetsfunksjonen ved flere anledninger blitt finansiert fra KD gjennom en separat bevilgning. Som eksempel finansierte KD bygging av forsknings- og undervisningslokaler for Norges teknisk naturvitenskapelig universitet (NTNU) i forbindelse med utbyggingen av St. Olavs Hospital, og NTNU står i dag som eier av ca. 25 % av sykehusarealene regulert i et tinglyst sameie. Dette betyr at NTNU finansierer drift og løpende vedlikehold av egne lokaler. Et annet eksempel på slik finansiering er Akershus universitetssykehus HF (Ahus) hvor KD bevilget midler til bygging av 4000 m² til universitetsformål. Disse arealene har UiO bruksrett til i henhold til samarbeidsavtalen mellom de to institusjonene. UiO dekker imidlertid ikke renhold, drift, energi og løpende vedlikehold av disse lokalene.

Selv om dette kapitlet fokuserer på arealdisposisjoner i samarbeidsaksen universitetssykehus/universitet, er problemstillinger knyttet til areal for forskning og undervisning også relevante for ikke-universitetssykehusene. Disse HFene utfordres i tillegg av at forskningsaktiviteten ikke har en like tydelig prioritering som i universitetssykehusene.

Beskrivelsene fra regionene vitner om ulik praksis i håndtering av areal til forskning og utdanning i helseforetakene og utallige ikke likelydende avtaler som det er ressurskrevende å forvalte.

4.1 REGION SØR-ØST

Den første samarbeidsavtalen mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Oslo universitetssykehus HF (OUS) ble inngått i etterkant av etableringen av OUS den 1.januar 2009, der Rikshospitalet (fusjonert med Radiumhospitalet i 2005) og universitetssykehusene Aker og Ullevål ble samlet i ett helseforetak under Helse Sør-Øst RHF. Parallelt med fusjonen ble Institutt for klinisk medisin opprettet ved Det medisinske fakultet, UiO, for å være tilpasset organiseringen i det nye universitetssykehuset.

Avtaler og valg av løsninger for arealbruk ved OUS har vært preget av at mye av bygningsmassen er gammel og lite praktisk. Ved byggingen av det nye Rikshospitalet på Gaustad (ferdigstilt 2000) ble det oppført til sammen 27 000 m² til universitetsfunksjonene som en integrert del av sykehuset. Samtidig ble det oppført nærmere 7 000 m² som en utvidelse av Domus Medica for å huse bl.a. prekliniske fag i odontologi ved Det odontologiske fakultet. Startbevilgningen til dette prosjektet ble gitt over KDs budsjett i 1995. I dag finnes det kun gode oversikter over arealer som universitetet disponerer på Rikshospitalet, mens det for Aker, Ullevål og Radiumhospitalet har vært vanskelig å skaffe en eksakt oversikt.

Det er en felles oppfatning ved OUS og UiO om at OUS alene er eier av arealene i universitetssykehuset, inklusive arealer som Institutt for klinisk medisin benytter til universitetsfunksjonen. Imidlertid er det ikke enighet mellom partene om de juridiske betingelsene for UiOs rett til bruk av arealer til universitetsfunksjon i bygningene til OUS.

I store, samarbeidende forskningsmiljøer ved OUS er alle forskningsgruppene i prinsippet felles mellom Institutt for klinisk medisin, UiO og OUS, og ved avdelinger med vesentlig forskningsaktivitet ved OUS er UiO ved Institutt for klinisk medisin i større eller mindre grad integrert. Regionen har tre SFFer, alle med UiO som vertskap. De syv K. G. Jebsen-sentrene har alle UiO som vertskap, med unntak av K.G. Jebsen senter for tarmkreftforskning der OUS er vertsinstitusjon. Ledelsen for disse sentrene er i hovedsak lokalisert i bygningsmassen til OUS.

4.1.1 Avtaler

Det har vært gjort et omfattende arbeid som en del av strategisk samordning mellom UiO og Helse Sør-Øst RHF for å etablere avtaler om bruk og fordeling av arealer i eksisterende bygningsmasse for universitetsfunksjonen, men dette har ikke ført fram til en endelig avtale. Forhandlingene har vist at UiO og OUS ikke har samme syn på hva som er det rettslige grunnlaget for Institutt for klinisk medisins bruk av arealer i helseforetaket. UiO og OUS har derfor ennå ikke skriftlig regulert hvordan fordelingen av areal skal skje for å ivareta universitetsfunksjonen knyttet til forskning og utdanning av medisinstudenter. Saken er behandlet i det regionale Samarbeidsorganet ved ulike anledninger og i de faste samarbeidsmøtene mellom OUS og UiO.

Fordelingen av areal håndteres i det daglige mellom Institutt for klinisk medisin, UiO og OUS og er i praksis bygget på ulike avtaler mellom partene og forutsetninger eller vilkår i bevilgninger fra KD og HOD. Løpende bruksendringer har skjedd som følge av partenes endrede behov, men det foreligger ikke klare kriterier for hvordan partene skal forholde seg dersom arealbehovet endrer seg.

OUS har avtale med UiO om disponering av arealer i Domus Medica bygget. Avtalen omfatter leie av arealene og betaling for andel av felleskostnader og energikostnader.

Bruk av arealer ved Ahus er implementert i samarbeidsavtalen mellom UiO og Ahus av juni 2014. I vedlegg til samarbeidsavtalen fremkommer utdypinger knyttet til arealdisponering, bruksrett til arealer og eierrett, samt utdypinger knyttet til utstyr og til gruppe- og seminarrom.

4.2 REGION VEST

Ved Haukeland universitetssykehus HF (HUS) er det ca. 300 000 m² i sykehusets bygningsmasse. UiB har ikke eierskap i sykehusbygget, men har leierett etter Haukelandsavtalen til netto ca. 11 600 m². Det foregår utstrakt grad av forskning i sykehusets arealer i tillegg til de dedikerte UiB-arealene. Videre har HUS tilrettelagt dedikerte arealer for forskning og studentaktiviteter i andre bygg som Mohn forskningslaboratorium og Barne- og ungdomssykehuset. UiB eier også med bakgrunn i avtale med Hordaland Fylkeskommune tidligere Gades institutt til studentaktiviteter og har leierett ved Sandviken Sykehus, mens HUS disponerer deler av det universitetside Armauer Hansens Hus.

UiB er vertskap for SFFene som arealmessig er plasserte ved UiB, men som også disponerer noe areal ved sykehuset. De fire Jebsen-sentrene har areal både ved UiB og sykehuset. Store, samarbeidende kliniske forskningsmiljøer er alle plasserte ved HUS og disponerer areal ved UiB. Kjernefasiliteter (utenom biobank) er alle lokalisert ved UiB.

UiB disponerer arealer ved Stavanger universitetssykehus HF, men disse er utilstrekkelige i forhold til det antall medisinstudenter fra UiB som har klinisk praksis i dag. I forbindelse med

bygging av nytt sykehus (SUS2023) planlegges derfor etablert ca. 1000 m² nye UiB-arealer som søkes finansiert via KD og aller helst tett integrert i de nye sykehusarealene.

4.2.1 Avtaler

I arealene som UiB disponerer etter “Haukelandsavtalen” betales det verken for drift, vedlikehold, renhold eller energi. Dette er etablert via sedvane og er ikke formelt en del av Haukelandsavtalen, som var et rent kapitaltilskudd. Tilsvarende gjelder for HUS’ arealer i Armauer Hansen Hus, men her betaler HUS for renhold, drift og energi til UiB.

Det ligger i det regionale Samarbeidsorganets mandat at spørsmål rundt areal kan løftes inn i Samarbeidsorganet, men tema har ikke vært eksplisitt drøftet eller saksutredet i dette organet. Forklaringen er at lokalisering av forskningsenheter i samarbeidsaksen HF/universitetet så langt har blitt håndtert på tilfredsstillende måte enkeltvis og særskilt.

4.3 REGION MIDT-NORGE

Universitetssykehuset St. Olavs Hospital HF ble oppført i perioden 2002-2014 med et samlet areal på om lag 200 000 m². Totalbudsjettet var 12,7 milliarder og ble samfinansiert av HOD og KD⁵. NTNU eier i snitt ca. 25 % av de totale arealene i universitetssykehuset, men eierandelen er fordelt ulikt og varierer fra 15 % til 61 % i de ulike sentrene i sykehuset.

I det enkelte senter samles beslektede diagnosegrupper for å muliggjøre bedre samarbeid om pasientbehandlingen. Hvert senter er i hovedsak bygd opp med poliklinikk/publikumsarealer i 1. etasje, operasjonsstuer, overvåkingsenheter og bildediagnostikk i 2. etasje, kontorer, tekniske arealer og NTNU-arealer i 3. etasje, og sengetun /arbeidsstasjoner i de øverste etasjene.

Større samarbeidstiltak er i all hovedsak gjort i fellesskap og med innsats både fra St. Olavs Hospital HF og NTNU, samt fra Helse Midt-Norge RHF.

4.3.1 Avtaler

St. Olavs Hospital og staten ved NTNU eier byggene på sykehusområdet i et tingrettslig sameie. Sameiet omfatter bygg og anlegg som partene har finansiert i fellesskap. Hver part har eksklusiv bruksrett til noen arealer, mens øvrige arealer er felles. Det er utarbeidet en sameieavtale mellom St. Olavs Hospital og NTNU⁶. Denne sameieavtalen regulerer drift, forvaltning, vedlikehold, utvikling og service. Avtalens avgrensning er angitt bl.a. i innledningsteksten ved:

«Denne avtale omfatter forhold knyttet til de fysiske anleggene omkring sykehusfunksjoner og undervisnings- og forskningsfunksjonene, men ivaretar ikke inventar og brukerutstyr, med mindre annet er fastsatt i egen avtale. Selve sykehusaktiviteten og undervisnings- og forskningsaktiviteten faller helt utenfor denne avtales virkeområde.»

Det er oppnevnt et sameiestyre som har ansvar for disse oppgavene, for å skape optimale vilkår for kjernevirksomheten ved sykehuset og for å legge til rette for at klinisk virksomhet, forskning og undervisning kan drives integrert⁷.

Samarbeidet mellom St. Olavs Hospital og NTNU i det integrerte universitetssykehuset er forankret i institusjonene på flere måter. Sameiestyret, som er nevnt ovenfor, er en av disse. Det er også etablert felles ledermøte, felles forskningsutvalg og felles utdanningsutvalg. I tillegg har både St. Olavs

⁵ Utbyggingen er bl.a. beskrevet i boken [Prosjektet – Norges største sykehusutbygging](#) av Knut Hellerud.

⁶ http://www.ntnu.no/styret/saker_prot/22.05.08web/28.08%20Sameieavtale.pdf

⁷ <https://stolav.no/avdelinger/sentral-stab/sameiet-st-olavs-hospital-og-ntnu>

Hospital og Det medisinske fakultet, NTNU, fattet identiske styrevedtak om felles strategiske mål i mai 2013, og det ble utarbeidet over 20 konkrete tiltak for styrket samarbeid. I mai 2016 ble det igjen fattet identiske styrevedtak om modell for videre samarbeid som omfatter samkjøring av aktivitet innen utdanning, forskning og innovasjon, samt utredning av organisatorisk samordning mellom institutt og klinikker.

4.4 REGION NORD

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak) ved UiT ble ferdigstilt i 1991/92 og ble bygget samtidig med tanke på nærhet og samhandling. UiT finansierte da en del av arealet, men den nøyaktige andelen er ikke kjent. Den totale bygningsmassen til UNN er på ca. 110 000 m², og UiT eier ca. 3000 m² i UNN, mens UNN eier ca 600 m² i UiT⁸. Bygningsmassen på UNN har vært under ombygging, utbygging og renovering i store deler av perioden, særlig over de senere år⁹. I alle prosjekter som berører nybygg og større endringer er det gjensidig representasjon i styrings-, prosjekt- og arbeidsgrupper.

Det har i perioden vært mindre ombygginger og tilpasninger til endret aktivitet og mange flere studenter og ansatte på UiT-siden. UiT eier også arealer ved UNN Åsgård (psykiatrisk sykehus). UiT og UNN har fellesfinansiert biobank der UNN betalte 1/3 av kostnadene mot å disponere 1/3 av arealet.

Ett K.G. Jepsen-senter og flere store, samarbeidende forskningsmiljøer er lokaliserte ved UiT.

4.4.1 Avtaler

Helse Nord RHF og UiT ved Helsefak har utarbeidet en samarbeidsavtale om universitetssykehusfunksjonene¹⁰. UNN og Helsefak har i tillegg flere avtaler og kontrakter som varierer både i spesifisitet og omfang og som regulerer samarbeidet mellom de to institusjonene.

Forvaltningen av avtalene er relativt omfattende, og det anslås at UiT benytter ca. 1-1,5 årsverk på dette arbeidet. Det gjøres løpende avklaringer om bruk av areal som tilhører UiT lokalisert i UNN og arealer eiet i fellesskap (% eierskap av rom), f.eks. løses den løpende driften i hovedsak gjennom månedlige møter mellom UiT og UNN.

I 2009 signerte UiT og UNN en avtale om disponering og drift av UiTs lokaler i UNN¹¹. Senere har det skjedd flere endringer i bruken av lokalene. Erfaringen er at det skjer makebytter som ikke alltid dokumenteres, og som ikke alltid avklares på riktig beslutningsnivå. Løpende drift og vedlikehold blir utført av den enkelte institusjon, uavhengig av hvem som benytter arealene. Dette ansvaret er ikke avtalefestet.

UNN og Helsefak har felles ledermøter, felles forskningsutvalg og felles utdanningsutvalg som alle får saker til behandling vedrørende areal og forespørsler fra tilhørende miljø. Kan sakene ikke avklares

⁸ Arealene er beskrevet i "2009-avtalen". Noen avvik eksisterer i dag mellom UiTs og UNNs tall.

⁹ Beskrivelsen gjengitt her gjelder kun UNN Breivika i Tromsø. Situasjonsbeskrivelsen er mottatt fra Eiendomsavdelingen på UNN.

¹⁰

<https://uit.no/Content/180079/Samarbeidsavtale%20mellom%20UiT%20og%20Helse%20Nord%20om%20universitetssykehusfunksjonene.pdf>

¹¹ <https://uit.no/Content/161127/Avtale%20med%20UNN%20om%20disponering%20og%20drift%20av%20lokaler%20-%202009.pdf>

her, sendes de videre til henholdsvis fakultetsadministrasjonen på Helsefak og til utbyggingssjef eller avdelingsleder ved Eiendomsavdelingen på UNN eller avklares i felles ledermøte.

5 FORSKNINGSFINANSIERING

Finansieringssystemet i sektorene omfatter bl.a. forvaltning av egne og eksterne midler, anskaffelser og merverdiavgift. Det vises innledningsvis til rapporten “Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse” fra 2015, der samarbeidet mellom universitet og universitetssykehus er vektlagt¹². Rapporten ga anbefalinger om en gradvis samordning av budsjettering på tvers av sektorene, noe som forutsetter at forskningsprosjektenes totale kostnader synliggjøres i større grad. Anbefalingene i rapporten er så langt ikke fulgt opp i helsesektoren, men OUS arbeider med å utvikle en modell for totalbudsjettering i HF myntet på eksternt finansierte prosjekter.

5.1 FINANSIERINGSSYSTEMET I SEKTORENE

5.1.1 Basisfinansiering av i UH-sektoren

Finansieringssystemet for universiteter består av en basisbevilgning og en resultatbasert del for utdanning og forskning.

Basisfinansieringen utgjør ca. 70 % av universitetenes totalfinansiering, men varierer fra institusjon til institusjon¹³. Fakulteter og institutter utlyser faste og midlertidige stillinger eksternt og fordeler driftsmidler til forskning i samsvar med institusjonenes strategi. Styret ved det enkelte universitet har ansvaret for å forvalte den samlede rammebevilgningen best mulig og for å gjøre de prioriteringene som er nødvendige for å oppnå fastsatte mål.

Resultatbasert forsknings- og utdanningsfinansiering beregnes på grunnlag av institusjonens avlagte doktorgrader, vitenskapelig publisering, tildelinger fra EUs rammeprogram, Norges forskningsråd og regionale forskningsfond og samlet antall avlagte studiepoeng (nye eksamener bestått).

Resultatbasert finansiering for forskning (RBO) gis innenfor en total årlig budsjетtramme som fordeles mellom institusjonene i sektoren etter oppnådde resultater. Satsene fastsettes i Statsbudsjettet og varierer fra år til år. Uttelling via RBO har direkte innvirkning på budsjетtrammene til universitetene.

Finansieringsordningen er under revisjon.

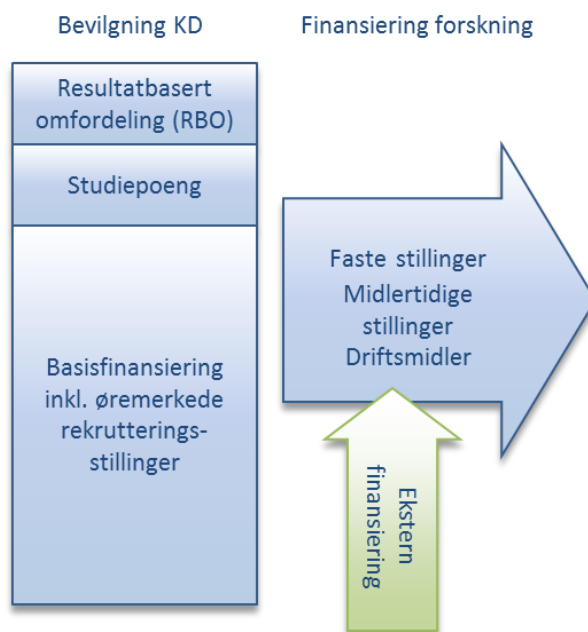
I tillegg finansieres forskningen med 20-30% forskningsmidler som innhentes i eksterne konkurranser om prosjektmidler eller ved tilskudd fra privat industri og offentlig virksomhet¹⁴.

De vitenskapelig ansatte i førstestilling ved universitetene har som hovedregel 50 % av arbeidstiden til undervisning og 50 % til forskning.

¹² <http://www.uio.no/om/samarbeid/samfunn-og-naringsliv/shhu/moter/Innkallinger/2015/290515/rapport-nasjonal-gruppe-6-mars-2015.pdf>

¹³ *Finansiering for kvalitet, mangfold og samspill* – Forslag fra ekspertgruppe oppnevnt av KD 8.4.2014, Kap. 3.3

¹⁴ *Finansiering for kvalitet, mangfold og samspill* – Forslag fra ekspertgruppe oppnevnt av KD 8.4.2014, Kap. 3.4



Figur 2 Finansiering av forskning i universitetene

Finansieringen av forskningen for universitetene har i begrenset grad øremerkede midler. Budsjettene disponeres helhetlig til undervisning, forskning og formidling. Modellen er revidert i statsbudsjettet for 2017, hvor resultatkomponentene er endret.¹⁵

5.1.2 Basisfinansiering av forskning i helseforetakene

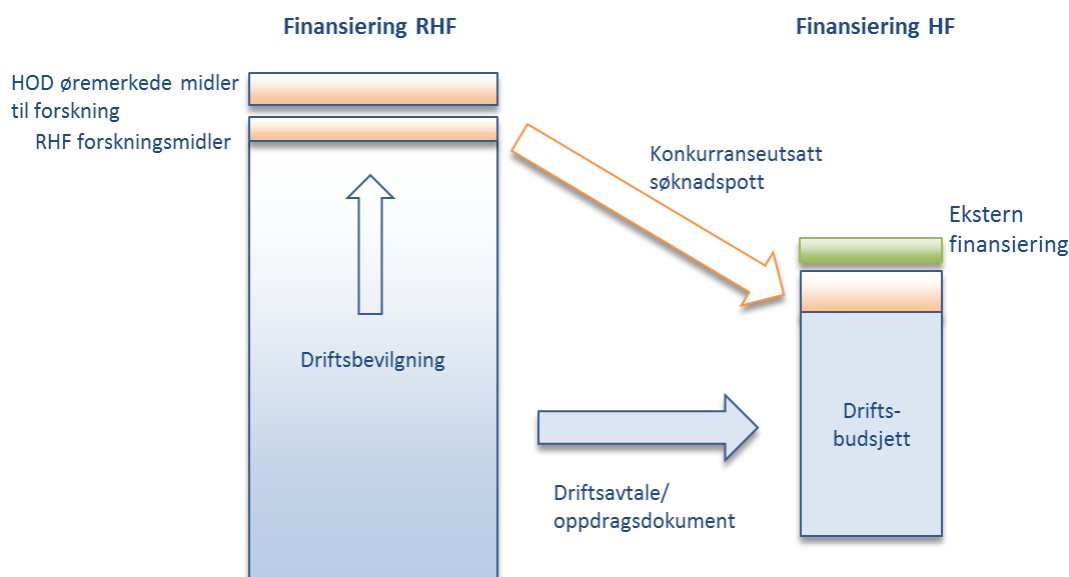
Finansiering av forskning i HFene er i stor grad basert på HFenes egne driftsbudsjetter. I grunnlaget for fastsettelsen av HFenes driftsbudsjetter (inntektsmodellen) inngår kompensasjon for merkostnader knyttet til forskning. I tillegg kommer finansiering i form av regionale forskningsmidler, som dels består av midler til forskning avsatt fra RHFenes rammer og dels av det øremerkede tilskuddet til forskning bevilget over statsbudsjettet (kap. 732, post 78) (se figur 3 Finansiering av forskning i HFene).

Størrelsen på det øremerkede tilskuddet til forskning fra HOD til hvert RHF er delvis basert på forskningsproduksjon. Forvaltningen av disse midlene skjer i henhold til føringer fra HOD og gjeldende instruks for samarbeid med UH-sektor.

HFenes forskning er normstyrt, og det er krav til at forskningsmidlene skal finansiere forskning som kan føre til bedre pasientbehandling og forbedring av helsetjenesten. Den regionale tildelingen av forskningsmidler skal understøtte HFenes ansvar for forskning, styrke helseforskningen i regionen og bidra til faglig utvikling og oppbygging av forskningskompetanse.

15

https://www.regjeringen.no/contentassets/31af8e2c3a224ac2829e48cc91d89083/orientering_om_forslag_til_stat_sbudsjettet2017_universiteter_hogskoler.pdf



Figur 3 Finansiering av forskning i helseforetakene

I helseforetakene er forskning finansiert over egne driftsbudsjetter og gjennom tildeling etter søknad fra RHFenes konkurranseutsatte forskningsmidler. Disse utlyses årlig og består av midler avsatt fra RHFenes egen ramme og HODs øremerkede midler til forskning. I tillegg kommer forskningsfinansiering fra ulike eksterne kilder, nasjonale og internasjonale, som Norges forskningsråd, Kreftforeningen, EU osv.

5.1.3 Forskjeller mellom helseregionene

Det er mange grunnleggende likheter i utlysning og forvaltning av regionale forskningsmidler, som at RHFene fra og med 2016 benytter felles retningslinjer for vurdering av søknader¹⁶. RHFene benytter også en felles søknadsplattform, eSøknad, og i alle regioner utlyses og administreres midlene i en felles prosess. Samtidig er det noen forskjeller i hvordan midlene forvaltes.

I region Sør-Øst forvaltes de konkurranseutsatte forskningsmidlene bevilget fra Helse Sør-Øst RHF hovedsakelig i HFene. Vertskapsrollen for eksterne bevilgninger til helseforskning, f.eks. fra EU, Forskningsrådet eller Kreftforeningen er imidlertid ikke underlagt omforente retningslinjer og institusjonell plassering er derfor mer vilkårlig. I Sør-Øst behandles forskningsmidlenes innstillinger først i det regionale samarbeidsorganet og deretter i Styret for Helse Sør-Øst RHF, mens det i de andre regionene fattes beslutning i regionalt samarbeidsorgan eller i et eget tildelingsutvalg nedsatt av RHFet.

I region Vest er det en lignende modell, og alle prosjekter finansiert av RHFet regnskapsføres i et HF. Erfaringen er at samarbeidsprosjekter med finansiering fra Forskningsrådet oftest plasseres i universitetet.

I særlig grad i region Midt og i noen grad i region Nord kan prosjekter finansiert av RHFet forankres og regnskapsføres i universitetene. I Helse Midt-Norge utlyses det midler både gjennom regionalt samarbeidsorgan med universitetet, men også gjennom et Felles forskningsutvalg mellom St. Olavs Hospital HF og Det medisinske fakultet, NTNU. I Nord og Midt-Norge tildeles noen midler direkte fra samarbeidsorganet som strategiske satsinger til infrastruktur og forskningsstøtte. I Sør-Øst tildelles

¹⁶ Felles retningslinjer for søknader: <http://rhf-forsk.org/rhfenes-felles-retningslinjer-for-soknader-om-forskningsmidler/>

også noen midler som strategiske satsinger til infrastruktur og forskningsstøtte, men da etter vedtak i styret.

Det er noen regionale forskjeller med hensyn til hvem som har søknadsadgang til RHF-midlene:

- I region Sør-Øst må søknadene fremmes gjennom et HF, et privat ideelt sykehus eller en privat institusjon med søknadsadgang. Prosjektleder må være ansatt i minst 20 % stilling i en godkjent søkerinstitusjon.
- I region Vest må søker være tilsatt ved et HF i regionen eller i en privat, ideell institusjon som har avtale med Helse Vest RHF. Det gis også søknadsadgang dersom det foreligger en forankringsavtale med et HF/privat ideell institusjon.
- I region Midt-Norge kan søknader fremmes fra personer ved HF i regionen, høyskoler og universitet i regionen (i samarbeid med HF), eller private aktører i regionen med avtale (i samarbeid med HF). Søknader fra UH-sektor må være knyttet til en klinikk i HFet og lederforankret ved klinikkisjef for å bli vurdert.
- I region Nord må søkerne som hovedregel være ansatt i hoved- eller bistilling i et HF i regionen.

5.1.4 Forskningsinsentiver

Den aktivitetsbaserte finansieringen i hver av sektorene er primært utviklet for, og egnet til, fordeling av midler innad i hver enkelt sektor etter relativ innsats. I utgangspunktet er ikke ordningen innrettet mot stimulering til samarbeid mellom sektorene, og det er dessuten også ulikheter i størrelse og håndtering i de to sektorene. Det er arbeidet mye med harmonisering av indikatorene for vitenskapelig produksjon mellom sektorene, men lik økonomisk uttelling vil være vanskelig å oppnå med dagens finansieringssystemer og deres formål til grunn.

Samarbeidsinsentiv for kreditering av HF og universitet i samme artikkel er innført for budsjettfordelingen for 2017. Den nye løsningen er knyttet til beregningen av institusjonenes *forfatterandeler* i publikasjoner der det er medvirkning fra mer enn én institusjon. Selv om den nye beregningsordningen stimulerer til samarbeid, nasjonalt og internasjonalt, pekes det på at andelen publikasjonspoeng som institusjonen får, fortsatt er negativt avhengig av antall forfattere som inngår i hver enkelt publikasjon dersom forfatterne er i ulike institusjoner^{17,18}.

5.1.5 Budsjettering og regnskapsføring av eksterne forskningsmidler

Håndtering av indirekte kostnader praktiseres ulikt mellom institusjoner og sektorer. Universitetene har lenge vært pålagt å følge et totalkostnadsprinsipp, og en TDI-modell benyttes for beregning av direkte og indirekte kostnader for eksternt finansierte prosjekter¹⁹. I HFene vil de indirekte kostnadene ikke nødvendigvis belastes forskningsprosjektet direkte. De kan dekkes over andre poster i samsvar med HFenes regler for regnskapsmessig håndtering. På den måten kan det bli mer midler disponibelt til forskningsprosjektet dersom det legges til et HF. Samtidig er definisjonen av eksterne midler ulik

¹⁷ Den nye publikasjonsindikatoren reduserer effekten av flerforfatterskap, men konsekvensen av å inkludere flere forskere i arbeidet er fortsatt at publikasjonspoengene deles på flere. For internasjonalt samarbeid er det innført en faktor på 1,3 som institusjonens poeng blir multiplisert med. En tilsvarende faktor for samarbeid på tvers av universiteter og helseforetak ville være et insentiv til økt samarbeid på tvers av sektorene.

¹⁸ <https://npi.nsd.no/> (Norsk publiseringsindikator)

¹⁹ http://www.uhr.no/ressurser/temasider/totalkostnadsmodell_-_tdi

mellom helseregionene. Noen HF anser regionale forskningsmidler som eksterne, og beregner derfor dekningsbidrag for disse.

5.1.6 Gaveforsterkningsordningen

Gaveforsterkningsordningen ble gjeninnført av KD 1. januar 2014 og innebærer at private gaver med minstesum tre millioner kroner gitt til *langsiktig grunnleggende forskning*, kan utløse et tillegg fra KD på 25 % av gavebeløpet. Ordningen administreres av Norges forskningsråd. Gaven må være gitt til universiteter, høyskoler med doktorgradsrett, Forskningsrådet eller Det Norske Videnskapsakademi. Det finnes ikke noen tilsvarende ordning for gaver gitt til forskning ved HFene.

5.1.7 Anskaffelser av utstyr og tjenester

HFene og universitetene har ulike rutiner og avtaler for innkjøp og anskaffelser, samt separate innkjøpssystemer for bestilling av forskningsutstyr. Med bakgrunn i dette kan det være utfordrende for universiteter og HFER å utnytte innkjøpsavtaler og rabattordninger fullt ut, samt å eie forskningsinfrastruktur sammen. På samme måte som retningslinjer for vertskapsrollen/forankring av prosjekter vurderes som uklare, kan det være komplisert å velge institusjonsplassering av eksternfinansiert forskningsinfrastruktur.

5.1.8 Regelverk for merverdiavgift og prising av forskningstjenester

Det foreligger ikke noe generelt fritak for merverdiavgift knyttet til forskning, hverken for UH-sektoren eller for HFene. Forskningstjenester er avgiftspliktige dersom de kjøpes på tvers av institusjonene, dvs. dersom det foreligger omsetning som nedfelt i merverdiavgiftsloven. Merverdiavgift kan derfor påløpe på ytelse av forskningstjenester og leveranser fra f.eks. kjernefasiliteter og forskningsinfrastrukturer.

I samarbeidsprosjekter beregnes ikke merverdiavgift på forskningstjenester utført mellom partnerne, forutsatt at det er reelt samarbeid med partnere som er medansvarlige for aktiviteter og oppnådde resultater. I forkant av prosjektgjennomføringen må det foreligge en avtale som regulerer de økonomiske bidragene til de ulike samarbeidspartnerne i prosjektet, eller eventuelt fastsetter at samarbeidspartnerne dekker prosjektkostnadene hver for seg. Avgiftsreguleringen gjelder for samarbeidsprosjekter finansiert av eksterne kilder som Forskningsrådet, og det er verdt å merke seg at Skattedirektoratet i 2012 overfor UiB, NTNU og UiO presiserte merverdiavgiftsplikt på kjøp og salg av tjenester som ikke er en del av eksternfinansierte samarbeidsprosjekter²⁰. Regelverket for merverdiavgift oppfattes utfordrende for samarbeid på tvers av institusjonene, kanskje på bakgrunn av uklarheter rundt tolkning av lovkrav, Statsstøttereguleringen og institusjonenes egne retningslinjer. I tillegg kan det være vanskelig å skaffe fullstendig oversikt over prosjektkostnader for budsjettering i søknader, og forskningsmiljøene har hevdet at merverdiavgiftsproblematikk kan virke som et hinder for full utnyttelse av f.eks. kjernefasiliteter og infrastruktur.

I forbindelse med revidert statsbudsjett pågår det et arbeid med nøytral merverdiavgift for HFene fra 1. januar 2017²¹. Forslaget gjelder foreløpig bare for drift, men behovet vil også omfatte investeringer. Det er ikke kjent om tilsvarende planlegges for universitetene.

²⁰ Brev fra Skattedirektoratet til Advokatfirmaet PwC AS (ref. Skattedir. 2012/287397) som svar på brev fra UiB på vegne av UiB, NTNU og UiO.

²¹ Jfr. Prop. 1 LS (2015–2016) Skatter, avgifter og toll 2016, punkt 31.1.

6 ADMINISTRATIVE RUTINER OG REGELVERK

6.1 REGELVERK OG STYRING

Universitetene og HFene er til dels regulert av et ulikt sett av lover. På sektornivå reguleres HFene av helseforetaksloven, mens universitetene reguleres av universitets- og høyskoleloven. I begge sektorer reguleres personalmessige forhold av arbeidsmiljøloven, mens universitetene i tillegg følger tjenstemannsloven for alle med en stillingsandel mer enn 37,5 %. Helseforskningsloven gjelder for all helseforskning uavhengig av sektor. Slike forskjeller i regulering kan medføre en viss variasjon i politikk, reglementer og praksis mellom institusjonene innenfor sentrale områder som økonomi, eiendomsforvaltning og personalforvaltning. Et eksempel er postdoktorstillinger der arbeidsmiljøloven og tjenstemannsloven medfører ulikt stillingsvern. Slike ulikheter kan bidra til å skape utfordringer for samarbeid og samhandling sektorene imellom.

6.2 DELTE /KOMBINERTE STILLINGER

Delte eller kombinerte stillinger på tvers av universiteter og helseforetak er både vanlig og ønskelig, og det finnes ulike modeller, ordninger og kombinasjoner for slike stillinger. Stillingstyper og -andeler kan variere, men ofte er det snakk om personer som er sentrale innen sitt fagfelt i helseforetaket og som har ansettelse i en brøkdel av en vitenskapelig stilling ved universitetet enten som førsteamanuensis eller professor. Kombinerte stillinger bidrar til sterke faglige koblinger og er et hensiktsmessig og nødvendig virkemiddel for å fremme samhandling innen forskning og utdanning.

Institusjonenes forvaltning av arkiv, personaloppgaver og økonomi foregår i stor grad ved hjelp av ulike IKT-systemer, og dette er i prosjektsammenheng utfordrende med tanke på totaloversikt og ressursstyring, samtidig som ansatte med delte stillinger må forholde seg til to ulike systemer f.eks. innenfor arbeidstidsordninger og personalledelse.

Det finnes likevel eksempler på samordning. I samarbeidet mellom OUS og UiO er det avtalefestet en felles organisering slik at samme person rapporterer som forskningsleder i klinikken ved OUS og ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, UiO. Dette bidrar til å samordne forskningsvirksomheten og rapporteringen i betydelig grad.

6.3 FORANKRING AV EKSTERNT FINANSIERTE FORSKNINGSPROSJEKTER

Forskningsprosjekter har ofte deltakelse fra flere institusjoner som hver har ansvar for ulike deler av arbeidet. Et prosjekt har sin forankring i én institusjon, og dette betyr at institusjonen utøver en vertskapsfunksjon med et særlig ansvar for økonomi, koordinering og organisering av prosjektaktivitetene samt gjennomføring i henhold til gjeldende lovverk.

I samarbeidsprosjekter inngår institusjonene en prosjektavtale som regulerer ledelse, ansvar og økonomiske forhold tilknyttet prosjektbidragene. Det kan være behov for å utveksle informasjon om økonomi, ressursbruk og personell, og da forutsettes det at den koordinerende institusjonen har oversikt over dette for effektiv prosjektgjennomføring. Det krever solid faglig og administrativ ledelse for å etablere en profesjonalitet som sikrer at prosjekter gjennomføres godt og i samsvar med lovkrav og den eksterne finansieringskildens føringer.

Selv om finansør har en forventning om at prosjekter forankres der prosjektaktiviteten er størst, blir det etterspurt tydeligere retningslinjer for plassering av prosjekter som krysser sektorgrensene med tanke på vertskapsrollen. Plasseringen avgjøres i dag stor sett på prosjektnivå, og det kan bety at andre hensyn enn rent faglige vektlegges i større grad slik at prosjektet plasseres der prosjektleder, ofte i et

kombinert ansettelsesforhold, enklest får tilgang til administrativ hjelp og støttefunksjoner, uten å ta hensyn til institusjonens utgifter og inntekter tilknyttet prosjektet. Forskningsgruppene består ofte av ansatte i begge institusjoner, og det kan være komplisert å følge opp arbeidsgiveransvaret.

6.4 FORSKNINGSADMINISTRATIVE TJENESTER

For å bistå fagmiljøene i innhenting av eksterne forskningsmidler nasjonalt og internasjonalt, har institusjonene bygget opp forskningsadministrative enheter med spisskompetanse på de ulike finansieringskildene bl.a. for å kunne bidra til informasjonsflyt, søkermotivasjon, søknadshjelp og kontraktsforhandlinger. I større prosjekter med partnere fra flere land, tilbyr enhetene også administrativ støtte i gjennomføringsfasen. Universitetssykehusene og de helsevitenskapelige/medisinske fakultetene har betydelige forskningsadministrative ressurser knyttet til generell tilrettelegging av forskning, forskningsgrupper, doktorgradsutdanning, kvalitetssikring, håndhevelse av helseforskningsloven, tilrettelegging av infrastruktur osv., mens øvrige HF i mindre grad har bygget ut tilsvarende tjenester. I region Sør-Øst tilbyr regional forskningsstøtte ved OUS forskningsadministrative tjenester til alle forskerne ved samtlige HF i regionen.

Universitetene og HFene samhandler i økende grad om forskningsadministrative tjenester og om kompetanse knyttet til EU-søknader. For eksempel har UiT og Helse Nord sammen finansiert spisskompetanse innen søknadsskriving rettet mot EU, og mellom OUS og UiO er det inngått en samarbeidsavtale om en administrativ nettverksmodell der forskningsstøtteenhetene bistår hverandre.

I Midt-Norge er det etablert en tjeneste for forskere både i helseforetak og universitet kalt «Søknadshjelpen», hvor det gis bistand til søknader og administrasjon av forskningsmidler, inkludert EU²². Her arbeides det også med å utvikle en felles administrativ enhet for infrastruktur og støttefunksjoner knyttet til utdanning, forskning og innovasjon for NTNU og St. Olavs Hospital. I universitetssykehuset har man nå integrerte e-postsystemer, tilgang til hverandres kalender, oppslag av nyheter og driftsmeldinger på hverandres intranett, tilgang til forskningsverktøy og mulighet for lyd/bilde-kommunikasjon. Bildet er imidlertid sammensatt, og i Vest er det f.eks. etablert separate søknadsstøttekontor for UiB og Haukeland universitetssykehus. I Nord er det separate forskningsadministrative avdelinger på fakultetet og i HFet, men en felles ansatt på EU-støtte.

7 FORSKNINGSINFRASTRUKTUR

Tilgangen på oppdatert og avansert forskningsinfrastruktur, inkludert ulike typer vitenskapelig utstyr, e-infrastruktur, databaser, bibliotek, registre og biobanker, er avgjørende for kvaliteten på helseforskningen. Det foreligger et mangfold av ulike ordninger og modeller for etablering og drift av forskningsinfrastrukturer internt i, og på kryss og tvers av, institusjoner og sektorer. Dette har vokst frem gjennom ulike lokale initiativ, egne avtaler mellom institusjoner, regionale initiativ knyttet til samarbeidsorganene og ulike nasjonale initiativ (f.eks. FUGE, BIOTEK21 og INFRASTRUKTUR i regi av Forskningsrådet). Erfaringer viser også tydelige regionale forskjeller i hvordan aktørene i UH-sektoren, HFene og instituttsektoren har valgt å samhandle rundt forskningsinfrastruktur.

En del forskningsutstyr i HFene benyttes også i stor grad i klinisk virksomhet, slik at forhold rundt tilgang og bruk må håndteres på annen måte enn tilfellet er for laboratorieutstyr plassert i universitetene. Videre er moderne helseforskning svært avhengig av basisinfrastruktur i institusjonene.

²² <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/S%C3%B8knadshjelp+for+forskere+ved+Det+medisinske+fakultet+og+Helse+Midt-Norge>

Dette gjelder blant annet IKT-systemer, sikre systemer for lagring og utveksling av sensitive persondata/helsedata, elektronisk pasientjournal m.fl.

7.1 ORGANISATORISK OG STRATEGISK SAMARBEID

I regionene samarbeider universitet og HF på ulike måter om organisering, drift og finansiering av forskningsinfrastruktur. I Sør-Øst er den mest omfattende regionale forskningsinfrastrukturen knyttet til OUS og UiO, som ofte er finansiert og driftet i fellesskap mellom de to institusjonene. Selv der kjernefasilitetene eies og driftes av den enkelte institusjon, er det etablert et utstrakt samarbeid både via forskningsinfrastrukturutvalget og fagrådet etablert mellom UiO og OUS.

I Vest er infrastrukturensamarbeid nylig tatt inn i revidert regional forskningsstrategi. I regi av Samarbeidsorganet ble det for et par år siden foretatt en kartlegging av de største forskningsinfrastrukturene ved universitetene i Bergen og Stavanger og i HFene, med tanke på synliggjøring for forskningsmiljøene. Lokalt har UiB og Haukeland universitetssykehus i flere år hatt samarbeid om både etablering og drift av forskningsinfrastruktur, hvor Haukeland universitetssykehus har investert i flere av UiB sine kjernefasiliteter.

Store deler av forskningsinfrastrukturen i Midt-Norge er organisert ved NTNU, mens andre deler ligger ved universitetssykehuset. Et langvarig samarbeid mellom universitetet og helseforetakene ligger til grunn for dette, og mye av infrastrukturen finansieres av RHF gjennom Samarbeidsorganet. Forskningen i universitetssykehuset utføres i tett samarbeid med universitetet.

I Nord samarbeider UiT, UNN og Helse Nord om finansiering av forskningsinfrastruktur og kjernefasiliteter. Helsefak og UNN utredet i 2013 behov og finansiering og vedtok driftsform for felles kjernefasiliteter. Det ble etablert en modell der Felles ledermøte mellom UNN og Helsefak vedtar investeringer i infrastruktur og felles kjernefasiliteter etter anbefaling fra Felles forskningsutvalg.

7.1.1 Kjernefasiliteter

Behovet for sektorsamarbeid om kjernefasiliteter er erkjent i alle regioner. Flere av kjernefasilitetene er videreføringer av nasjonale utstyrsplattformer finansiert gjennom FUGE og har i dag støtte fra en eller flere finansieringskilder. Noen av de regionale kjernefasilitetene for forskning inngår dessuten i nasjonale infrastrukturer. Finansierings – og driftsmodellene for kjernefasilitetene varierer i stor grad, og det bemerkes at systemer som inkluderer langtidsbudsjettering, brukerbetaling og egne løsninger for tilgangsstyring, booking og fakturering ikke er godt etablert i alle regioner.

7.1.2 Biobanker

Ved HFene er det etablert en rekke lokale, regionale og nasjonale biobanker som ledd i både kliniske og populasjonsbaserte studier. I Helse Sør-Øst er det i avtale mellom OUS og Folkehelseinstituttet etablert en regional lagringsenhet for biologisk materiale med intensjon om å etablere et regionalt biobanksenter²³. I Midt-Norge er det etablert to større biobanker - Regional forskningsbiobank (Biobank1) og HUNT biobank - som danner grunnlag for betydelig forskningsaktivitet både på universitetet og i helseforetakene. I varierende grad er det regional samordning av biobankene og støttefunksjoner knyttet til disse (logistikk, lagring). I Nord samarbeider fakultet og HF om felles biobank (sameie), og i Vest har UiB investert i Haukeland universitetssykehus sin nye biobank.

²³ <http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/forskning/forskningsstotte/tema/biobank/Sider/regional-lagringsfasilitet.aspx>

7.1.3 Kompetanseinfrastruktur

I alle regionene er det etablert sektorsamarbeid om generell forskningsstøtte for klinisk forskning, inkludert statistikkstøtte og metodeveiledning. Til dels er det etablert tilgang til støtte for tungregning.

7.1.4 Håndtering og lagring av sensitive data

Behovet for infrastruktur for sikker lagring og håndtering av sensitive forskningsdata, herunder såkalte «big data», har aktualisert seg siste tiår og berører både universiteter og helseforetak. Dette omfatter typisk sekvensdata, registerdata med personsensitivt innhold, store mengder billedata som høyoppløselige MR-bilder, videoopptak av pasienter m.m.

I 2014 etablerte UiO tjenesten «Tjenester for sensitive data» (TSD) som gir forskere ved UiO, UH-sektoren, helseforetakene og andre offentlige forskningsinstitusjoner en forskningsplattform som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Bruk av TSD krever en grunnfinansiering fra brukermiljøer utenfor UiO. Tjenestene har en årlig pris, og prisen avhenger av tilknytning til UiO, datamengde og kompleksitet.

UiB har nylig lansert tjenesten «Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur» (SAFE), et system som ivaretar både hensynet til sikker lagring av sensitive data og behovet for lagring av store datamengder («big data»). Ved UiT er det utviklet et sikkert datasystem for lagring av persondata knyttet til befolkningsundersøkelser (EUTRO).

8 UTDANNING

Dimensjonering av utdanningskapasitet og godt samsvar mellom tilgang på nødvendig kompetanse og helsetjenestens behov krever nært samarbeid mellom de ansvarlige departementene, helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene. Behovet for helsetjenester og tilpassing av helseutdanningene er bl.a. beskrevet i «Nasjonale helse- og sykehusplan» (Meld. St.11 2016-2019)²⁴ og «Utdanning for velferd» (Meld. St.13 (2011-2012))²⁵.

8.1 KAPASITET OG DIMENSJONERING

Legeutdanningen skiller seg fra utdanningene av annet helsepersonell særlig når det gjelder krav til og behov for egnede arealer og infrastruktur. Den parakliniske og kliniske delen av utdanningen innen medisin, slik som forelesninger, smågruppeundervisning og veiledet undervisning i kliniske fag, foregår til dels i universitetssykehusenes lokaler (auditorier, laboratorier, seminarrom, kontorer osv.) av universitetsansatte i hoved- eller bistilling. For andre helseutdanninger er det vesentlig praksisperioder som er lagt til universitetssykehusene og øvrige helseforetak.

Utdanningsinstitusjonene kan oppleve å komme i krysspress med hensyn til dekking av kompetansebehov, kapasitet og kvalitetssikring av utdanningsprogram. Primærhelsetjenesten melder sine behov for videre- og etterutdanning som kan tas samlingsbasert og desentralisert, mens større HF har behov for både økt kapasitet innen videreutdanning og for masterkompetanse og gjerne ønsker å dekke dette i samme utdanningsløp. UH-lovens og institusjonenes kvalitetssikringssystem er innrettet for å imøtekomme komplette grader (jf. Bologna-prosessen) og tydelige sluttkvalifikasjoner for en grad (Kvalifikasjonsrammeverket), og universitetene trenger derfor tid på utvikle et utdanningsprogram fra

²⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

²⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

idé til opptak. Prosessen kan komme i konflikt med HFenes forventninger om at meldinger om endrede behov og innhold for utdanninger kan imøtekommes på kort sikt.

8.2 HELSEPERSONELL I FORSKNING OG UNDERVISNING

Universitetene skal gi evidensbasert undervisning, og undervisningen skal gis i henhold til Kvalifikasjonsrammeverket. I helseutdanningene er det en blanding av teoretisk og praktisk undervisning. Det stilles økende krav til kunnskapsbasert eller vitenskapelig dokumentert klinisk praksis i helsetjenesten. Dette krever økende vitenskapelig kompetanse (og forskningsbakgrunn) hos undervisere gjennom alle studieløp for opplæring i metode, og hvordan en skal forholde seg til tilgjengelig kunnskap og vitenskapelige resultater. UHRs sluttrapport for det nasjonale praksisprosjektet²⁶ påpeker at det må utvikles karriereløp som er tilpasset og som honorerer undervisningsoppgaver i større grad enn det som eksisterer i dag. Dette er det behov for i både universitet og HF. UiT og NTNU har nylig laget et forslag til en meritteringsordning for undervisning, og KD vil våren 2017 publisere en Stortingsmelding som omhandler kvalitet i høyere utdanning.

8.3 PRAKSISPERIODER I UTDANNINGEN AV HELSEPERSONELL

Mange av helsetjenestens utdanningsløp har praksisperioder som en viktig og integrert del av utdanningen. Det gjelder for eksempel grunnutdanningen for leger og psykologer, grunn- og videreutdanningen for sykepleiere og andre relevante utdanninger på bachelornivå. Her er det behov for samarbeid for å sikre gode praksisperioder i både grunn- og videreutdanningen, samt at disse dimensjoneres i forhold til antallet studieplasser, i hht UHRs praksisrapport.

8.4 UNDERVISNINGSTEKNOLOGI – SIMULERING/E-LÆRING

Utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten samarbeider om e-læring og simuleringstrening (ferdighetssentre) for alle aktuelle utdanninger. Samtidig er det viktig med nærhet i tid mellom teoretisk opplæring, ferdighetstrening og klinisk praksis, slik at simuleringstrening ikke blir en erstatning for klinisk trening. Utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten har gjennom samarbeid i UHRs praksisprosjekt og gjennom etablering av Norsk nettverk for medisinsk simulering i helsetjenesten, erklært at det er felles utfordringer knyttet til:

- Fasiliteter for ferdighetstrening og simulering (areal, lærerkrefter og utstyr).
- Utvikling av e-læringselementer for tema hvor dette er en egnet læringsform.
- Pedagogisk/didaktisk støttetjeneste.

Innen disse tre feltene har det vært prøvd ut ulike samarbeidsformer uten at man har kommet til en endelig og ensartet form. Det mest profesjonelle samarbeidet innen medisinsk simulering er stiftelsen Stavanger Acute medical Foundation for Education and Research, SAFER.

8.5 SPESIALISERING AV HELSEPERSONELL

Norsk spesialistutdanning av helsepersonell er ulikt organisert fra profesjon til profesjon. HFene har alltid en sentral rolle, deretter er ansvaret ulikt fordelt mellom fagorganisasjon, universitet og direktorat. Det er dannet et tverregionalt prosjekt knyttet til etablering av ny spesialiststruktur og spesialistutdanning for leger. Hovedtilnærmingen i den nye organisatoriske modellen for legespesialisering er å styrke utdanning og veiledning i praksisfeltet. Det vises til dette prosjektet (se prosjektets egen nettside: <http://lis-utdanning.info>) for informasjon om aktørenes roller, ansvar og

²⁶ http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport.pdf

oppgaver i den nye ordningen. HFene vil få en hovedrolle i spesialistutdanningen av leger og trenger utdanningsadministrative ressurser til formålet.

Del 3 – Arbeidsgruppens løsningsforslag

9 UTFORDRINGSBILDET MED ANBEFALINGER

9.1 MODELLER FOR SEKTORSAMARBEID

Det er enighet om at hovedutfordringen for samarbeid rundt helseforskning, innovasjon og utdanning ligger i sektorprinsippet. De to eierdepartementene legger til grunn til dels ulik eierstyring og organisering, ulike systemer, ulikt regelverk og ulike insentiver. Begge sektorer har selvstendige lovpålagte oppgaver innen forskning og utdanning og forutsettes å samarbeide tett om disse for å sikre en helhetlig og god ressursutnyttelse og forskningsresultater som kommer pasientene til gode. Det er i skjæringen mellom sektorenes selvstendige ansvar for forskning, innovasjon og utdanning og den gjensidige avhengigheten av hverandre for å ivareta dette ansvaret, at utfordringene oppstår. Arbeidsgruppen har påvist ulik praksis i de fire regionene og et utall av avtaler som er tidkrevende og upraktisk å håndtere regionalt.

Under arbeidet med beskrivelsene av utfordringsbildet har arbeidsgruppen sett på ulike prinsipper og modeller for samarbeid på tvers av sektorer. Arbeidsgruppen er bl.a. orientert om den såkalte “Nederlandsmodellen”, en organisasjonsmodell der ansvaret for pasientbehandling, helseforskning, innovasjon og utdanning er integrert i et medisinsk senter (Academic Medical Centre) med universitetets medisinske fakultet og sykehusfunksjonen samlet i en egen enhet. Arbeidsgruppen har også sett på muligheter for etablering av et mellomforetak som en egen juridisk enhet for organisering av felles aktiviteter ved universitetssykehusene og universitetene. En slik enhet kan tenkes eid i fellesskap av universitet og universitetssykehus og kan inneholde forskningssentre som SFF, SFI og K.G. Jebsen, felles forskningsinfrastruktur o.a.

Disse alternative samarbeidsmodellene vil kunne bidra med attraktive løsninger for deler av utfordringsbildet. Modellene utfordrer imidlertid gjeldende lovverk, sektorprinsippet og dagens styringsmodeller, og er utenfor arbeidsgruppens mandat. Arbeidsgruppen har derfor valgt å konsentrere sitt arbeid rundt “beste praksis”, med felles løsninger innenfor rammene av sektorprinsippet basert på en evaluering av erfaringer og kunnskap om dagens systemer og en videreutvikling av disse. Arbeidsgruppen oppfatter sine anbefalinger innenfor mandatet og departementenes bestilling.

Arbeidsgruppen vurderer at alle løsninger som bygger ned barrierene mellom de to strukturer er en forbedring som bidrar til å styrke den samlede helseforskningen og helseutdanningene. Dette innebærer at flest mulig av de områdene som berører samhandlingen mellom universitetene og helseforetakene vurderes i fellesskap og at rammebetingelser, regelverk og insentivsystemer videreutvikles og harmoniseres. Dette vil etter arbeidsgruppens vurdering bidra til å legge til rette for den forskningskvalitet som er nødvendig for å *styrke konkurransekraft og innovasjonsevne*, samt å *løse store samfunnsutfordringer* i tråd med langtidsplanen for forskning og høyere utdanning. Høy forskningskvalitet og styrket konkurransekraft er nødvendig for å innhente ekstern finansiering og oppnå mer aktiv deltakelse på den internasjonale forskningsarenaen, f.eks. gjennom Horisont2020, som også i økende grad kjennetegnes av tverrfaglighet, arbeidsfordeling og samarbeid, samt å kunne bidra til bedre forebygging av sykdom, diagnostikk og behandling.

9.2 EIERSTRUKTURER OG SAMARBEIDSARENAER

Arbeidsgruppen vurderer at det er behov for å styrke samarbeidet med eierdepartementene. Samtidig er de etablerte samarbeidsarenaer viktige både strategisk og operativt, og bør videreutvikles i hele kjeden fra departement til fakultet/universitetssykehus. Dette vil bidra til styrket gjensidig forståelse for sektorenes egenart og legge til rette for samhandling og samarbeid om helseforskning og utdanning.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

- **Det etableres et formelt samarbeidsforum med deltagelse på høyt politisk nivå fra eierdepartementene (inkl. embetsverket), fra regionale helseforetak og fra universiteter. Et slikt samarbeidsforum bør understøttes av en sekretariatsfunksjon, f.eks. i regi av Norges forskningsråd.**
- **Det etableres en ordning med gjensidig styrerepresentasjon mellom universitet og regionalt helseforetak og mellom universitetssykehus og helsefakultet/medisinsk fakultet.**
- **De etablerte samarbeidsarenaene HelseOmsorg21-rådet, NSG, de regionale samarbeidsorganene og felles forsknings- og utdanningsutvalg videreføres og videreutvikles.**
- **KD gir universitetene i oppdrag å samarbeide med helseforetakene på samme måte som HOD gir instruks til RHFene om samarbeid med universitetene.**

Anbefalingene vil være viktige tiltak for å styrke den nasjonale samordningen mellom sektorene og bidra til bedre koordinering og kommunikasjon mellom begge sektorer og departementene.

9.3 AREAL FOR FORSKNING OG UTDANNING

For å kunne utføre sine kjerneoppgaver og svare opp for nye behov knyttet til forskning, innovasjon og utdanning, er det vesentlig at universiteter og helseforetak har tilgang på gode og funksjonelle bygg med nødvendig utstyr og infrastruktur som legger til rette for høy kvalitet og effektiv ressursutnyttelse. Egnede lokaler med tilstrekkelig kapasitet vil ofte være en sentral betingelse for å kunne utføre innovasjons- og forskningsoppgaver og opprettholde servicefunksjoner i samsvar med eksterne bevilgninger og forskningsmål.²⁷ Store satsinger som SFF, SFI og K.G. Jebsen sentre samt regionale og nasjonale forskningsinfrastrukturer stiller særlig store krav til samarbeid og felles forståelse med tanke på vertskapsroller, arealutnyttelse og organisering. Problemstillingen omfatter også store tverrfaglige forskningsmiljøer.

Sektorsamarbeid om arealbruk er innrettet ulikt i regionene, og regulering av eierskap og bruksrett er i stor grad tilpasset lokale forhold og faktorer som bygningsmassen beskaffenhet og alder. For nye bygg avspeiler avtalestrukturen gjerne sektordepartementenes bidrag til finansieringen av byggene, slik det f.eks. er for den tinglyste sameieavtalen mellom NTNU og St. Olavs Hospital. For eldre bygg er arealsituasjonen mer uavklart og bygger ofte på sedvane og et sett av avtaler der bruk, drift og vedlikehold er behandlet separat. Manglende synliggjøring av finansieringskildene for universitetsareal i universitetssykehus og uenighet om forståelse av finansieringen for universitetsfunksjonen, bidrar til at det er vanskelig å kartlegge partenes rettigheter til areal. På lokalt plan er utfordringer knyttet til arealdisposisjoner varierende og sterkt påvirket av kompleksiteten i forskningsaktiviteten, arealknapphet og byggeteknisk standard. Helse Sør-Øst og UiO, som står for

²⁷ Jfr. krav i SFF- IV utlysningen fra Forskningsrådet

størsteparten av den samlede helseforskningsinnsatsen (NIFU, 2016), opplever dette i større grad enn de andre regionene.

Arbeidsgruppen legger til grunn at aktiviteter innen forskning, innovasjon og utdanning har behov for integrerte areal. Disse arealene kan finansieres gjennom to alternative modeller; en sameiemodell eller en leiemodell. Sameiemodellen baserer seg på en samfinansiering mellom de to sektordepartementene, der KD finansierer undervisnings- og forskningsarealer i helseforetaket gjennom tilskudd.

Leiemodellen innebærer at helseforetaket alene står ansvarlig for bygget, mens universitetet bidrar til finansiering og drift gjennom å leie arealer i sykehusbygningen uten å investere i denne. Begge modeller forutsetter at partene settes i stand til drift og vedlikehold av sine respektive arealer.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

- **Avtaler om bruk av eksisterende areal foreslås videreført.**
- **Det lages en samordnet modell for finansiering, vedlikehold, drift og bruk av nye arealer for samarbeidsflaten universitet/universitetssykehus. Modellen må også inkludere kriterier for partenes håndtering av eventuelle endringer i arealbehov. Det anbefales at denne modellen implementeres lokalt og forvaltes innenfor egnede samarbeidsarenaer. Tinglyst sameie anbefales som den foretrukne modellen. Alternativt kan en leiemodell benyttes.**

Sameiemodellen, slik den er utformet i sameieavtalen mellom St. Olavs hospital og NTNU,²⁸ bygger på en organisering av universitetssykehuset der undervisnings- og forskningsfunksjoner er integrert i bygg for kliniske funksjoner. Modellen er bygget på et tinglyst sameie, og ansees av arbeidsgruppen å fungere godt og anbefales videreført som prinsipp ved nybygg for universitetssykehus. Samarbeid om utbygging vil dessuten kunne trekke veksler på et større samlet kompetanse- og erfaringsgrunnlag med byggeprosesser, i motsetning til en leiemodell der kun helseforetaket og HOD står ansvarlig.

Arbeidsgruppen understreker at en slik løsning må vurderes helhetlig av regjeringen i forbindelse med nybygg av universitetssykehus og ikke sees som del av KDs behov for nybygg.

9.4 FORSKNINGSFINANSIERING

Ulike insentiver, finansieringsmekanismer og rammebetingelser for de to samarbeidende sektorene kan utilsiktet skape konkurransevridende situasjoner og uklare premisser f.eks. ved valg av vertskapsinstitusjon og forankring av forskningsprosjekter.

Overordnet er det mye likt mellom de to sektorenes insentivsystemer, og harmonisering med like indikatorer for begge sektorer er allerede oppnådd: antall doktorgrader, ekstern finansiering (EU/Forskningsrådet) og vitenskapelig publisering.^{29, 30} Den viktigste forskjellen mellom sektorene er imidlertid at de resultatbaserte midlene ikke fordeles automatisk nedover i systemet. RHFene bruker midlene til å støtte forskningsprosjekter og strategiske tiltak, i hovedsak gjennom konkurranseutsatte tildelingsprosesser på regionalt nivå til forskere med stillingstilknytning til helseforetakene. Fakulteter og institutter har i hovedsak en andel av insentivuttellingen som en del av sin driftsøkonomi. I denne

²⁸http://www.ntnu.no/styret/saker_prot/22.05.08web/28.08%20Sameieavtale.pdf

²⁹ Den nasjonale publiseringsindikatoren er endret fra 2016 slik at helseforetakene, UH-sektor (og instituttsektor) nå har lik beregning av institusjonsandeler ved samarbeid, og lik uttelling for samarbeid med utenlandske medforfattere. Det gis imidlertid ulik uttelling; da det benyttes ulike beløp for uttelling pr poeng i sektorene.

³⁰<https://npi.nsd.no/> (Norsk publiseringsindikator)

driften ligger det strategiske prioriteringer og utlysninger av PhD, postdoktor og faste vitenskapelige stillinger, men ikke åpne konkurranseutsatte prosjektbaserte tildelingsprosesser.

Utvalget vurderer at insentiver og finansieringsmekanismer bør være mest mulig like mellom sektorene. Dette vil legge til rette for god samhandling mellom forskere i respektive sektorer og at prosjekter forankres naturlig der hvor de faglig og ressursmessig sett hører hjemme. Mest mulig like rammebetingelser vil videre kunne gi bedre muligheter for å bygge opp felles og likeverdige administrative støttefunksjoner for begge sektorer. Utvalget vil dessuten peke på de gode erfaringene med full uttelling for dr.gradsproduksjon i begge sektorer, og dette bør også etableres for publikasjonspoeng.

Arbeidsgruppens anbefaling:

- **Insentiver og rammebetingelser for forskning må være mest mulig like mellom sektorene og stimulere til samarbeid.**

Det er i dag ulik praksis mellom sektorene for håndtering av indirekte kostnader ved eksternt finansierte prosjekter. Samordning av budsjettering er omtalt i rapporten «Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse»³¹ fra 2015, og med utgangspunkt i rapportens anbefalinger støtter utvalget en innføring av et totalkostnadsprinsipp også for helsesektoren. Universitetenes TDI-modell kan ikke anvendes umiddelbart i helseforetakene uten at det gjøres noe utviklingsarbeid før helseforetakene kan ta i bruk en slik modell.

Arbeidsgruppens anbefaling:

- **Det innføres en totalkostnadsmodell i helseforetakene, som prinsipielt svarer til den modellen som er innført i UH-sektoren.**

Dagens gaveforsterkningsordning omfatter private gaver gitt til langsiktig grunnleggende forskning, og utløser ytterligere midler fra KD for slik forskning i universitetene. Helseforetakene ønsker at de kan premieres på samme måte av eget departement for gaver knyttet til klinisk forskning. Utvalget mener at gaveforsterkningen for henholdsvis klinisk forskning og grunnleggende forskning bør være åpen for begge sektorer, men finansiert av respektive departement. Ordningen bør administreres av Norges Forskningsråd.

Arbeidsgruppens anbefaling:

- **Det etableres en gaveforsterkningsordning med forankring i HOD for gaver til klinisk forskning tilsvarende ordningen til UH-sektoren for gaver på mer enn 3 millioner kroner til langsiktig grunnleggende forskning. Gaveforsterkningsordningene åpnes gjensidig for mottakere i begge sektorer med premiering fra respektive departement. Ordningen administreres av Norges forskningsråd.**

³¹ «Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse» Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av HOD og KD – 6. mars 2015

9.5 ADMINISTRATIVE RUTINER OG REGELVERK

I samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og universitet, vil prosjektdeltakerne ha ulike arbeidsgivere, ulik lønnspolitikk og -betingelser og ulike arbeidsrettslige regelverk å forholde seg til.

Forskningsaktivitetene utføres dessuten med til dels ulike rammebetingelser (se ovenfor). Det er både vanlig og ønskelig at prosjektdeltakerne har bistillinger hos hverandre, men samtidig er det i slike stillinger at den enkelte forsker møter de største utfordringene i hverdagen. Med ansettelse i bistilling må forskeren forholde seg til to ulike systemer og regelverk samtidig, og dette berører grunnleggende forhold som infrastrukturtilgang, projektrapportering, innkjøp, IT-systemer osv. Arbeidsgruppen vurderer dette som en barriere for godt samarbeid og effektiv ressursutnyttelse, men ser at sektorprinsippet legger klare begrensinger på hvordan dette kan løses. På samme måte som for forskningsinsentiver og finansieringsmekanismer, vurderer utvalget at mest mulig like retningslinjer og rutiner vil gi en vesentlig gevinst. Forskere som arbeider i begge sektorer (ofte i bistillinger) forholder seg daglig til flere sett av regler og rutiner, og det vil representere en arbeidsbesparelse hvis dette forenkles og harmoniseres. Utvalget peker også på tilsvarende utfordringer på utdanningsiden.

Arbeidsgruppens anbefaling:

- **Harmonisering av administrative rutiner og retningslinjer for forskning, innovasjon og utdanning gjennomføres.**

Ulike administrative rutiner er og vil være krevende, og det bør arbeides mot større grad av harmonisering, eventuelt med tilrettelegging for informasjonsutveksling mellom forskningsadministrasjonene. NTNU/St. Olavs Hospital har kommet langt i en slik tilnærming med utvikling av felles forskningsadministrative tjenester for begge organisasjoner. Det vises også til UiO og OUS som har utviklet felles forskningsledelse i de ulike klinikkene.

Felles tjenester for begge sektorer bør kunne innebære en samling av arbeidsoppgaver mellom sektorene, f.eks. ved at enten universitetet eller universitetssykehuset bygger opp felles forskningsstøtte, EU kontor, osv. på vegne av begge organisasjoner etter nærmere avtale om dette mellom partene. Utvalget vurderer det som vesentlig at regelverk gir åpning for slike avtaler, og at det prøves ut nye måter for å utvikle felles tjenester.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

- **Sektorene må legge til rette for oppbygging av felles forskningsadministrative støttefunksjoner.**
- **Det legges til rette for at administrasjon/gjennomføring av store forskningssatsinger (SFF, K. G. Jebsen sentre o.l.) på tvers av sektorene forenkles.**
- **Kreditering og annen synliggjøring, f.eks. gjennom rapporteringsrutiner, må gjenspeile aktiviteten i begge sektorer fullt ut.**

Tiltakene vil forenkle rutiner for forankring og sikre at forskningsaktiviteten synliggjøres og krediteres i begge sektorer.

9.6 FORSKNINGSMINFRASIRUKTUR

Tilgang til relevant og oppdatert forskningsinfrastruktur er nødvendig for å understøtte forskning og innovasjon av høy kvalitet og er derfor et viktig bidrag for å nå strategiske mål bl.a. framsatt i HelseOmsorg21.

Effektiv utnyttelse av forskningsinfrastruktur med lik tilgang for alle relevante brukere utfordres imidlertid av regelverk relatert til offentlige anskaffelser, merverdiavgift, statsstøtte og prising av leveranser til eksterne brukere. I tillegg til ulike regional og institusjonell praksis for drift og oppgraderinger/ fornyelser, bidrar ulike regler for budsjettering og regnskapsføring bl.a. til at det i dag ikke er gjennomført totalbudsjettering i helseforetakene.

Flere aspekter ved samhandling rundt infrastruktur har vært gjenstand for utredninger og utvalgsarbeid de siste årene.³² Av særlig relevans er konklusjonene til «INFRA-samhandlingsutvalget» som ble oppnevnt av universitets- og høyskolerådet (UHR), Forskningsinstituttene fellesarena og Forskningsrådet og som leverte sin rapport «Økonomiske føringer for samhandling mellom forskningsinstitusjoner om anskaffelse, drift og tilgjengeliggjøring av forskningsinfrastruktur» i 2014, og rapporten «Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse» som kom i 2015.³³ Disse utredningene ligger til grunn for å synliggjøre konsekvensene for samarbeidet mellom universiteter og HF.

Merverdiavgift trekkes ofte fram som et hinder for effektiv samhandling og ressursutnyttelse på tvers av sektorene, særlig med tanke på prising av tjenester og leveranser fra kjernefasiliteter og forskningsinfrastruktur. Tjenester fra forskningsinfrastrukturer til FoU-prosjekter utenfor egen institusjon har vært vurdert som oppdrag også for leveranser til bidragsforskning, uten at dette har vært KDs intensjon med reglementet.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

- **Forskningsinfrastruktur må samordnes på strategisk og operativt nivå mellom universitet og universitetssykehus, bl.a. for å unngå duplisering av kostnads- og kompetansekrevene utstyr, sikre god kapasitetsutnyttelse og forhindre konkurransevidning i sektorsamarbeidet.**
- **Forskningsinfrastrukturer må ha felles nøytrale overordnede retningslinjer som sikrer lik tilgang for brukerne og for plassering av eierskap/vertskap.**
- **Drift av forskningsinfrastruktur finansieres i så stor grad som mulig av prosjektene som anvender infrastrukturen.**

Samordning vil også fremme etablering av infrastrukturkonsortier som kan bidra til økt nasjonal og internasjonal konkurransekraft og styrke kvaliteten av norsk helseforskning.

Ulike prinsipper for slik samordning bør utredes.

³² Særlig gjelder dette lov om offentlige anskaffelser, lov om merverdiavgift, statsstøtteregulativet, KDs regelverk for statlige universiteter og høyskoleers samarbeid, samt helseforetakene regler for regnskapsmessig håndtering (bl.a. beskrevet i felles nasjonal regnskapshåndbok og kontoplan).

³³ "Økonomiske føringer for samhandling mellom forskningsinstitusjoner om anskaffelse, drift og tilgjengeliggjøring av forskningsinfrastruktur". Rapport fra "INFRA-samhandlingsutvalget" oppnevnt av Universitets- og høyskolerådet, Forskningsinstituttene fellesarena og Norges forskningsråd, 2014

9.7 UTDANNING

Utdanning er en stor og viktig samarbeidsarena mellom universiteter/høgskoler og sykehus. Helseforetakene er både bestillere av kandidater og undervisnings- og praksisarena for utdanningene, mens utdanningsinstitusjonene eier studieprogrammene og utsteder gradene. Utvikling av kvalitet i praksis og etablering av riktig dimensjonering av studiene er viktige områder for samarbeid mellom sektorene.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

- **Sektorene må legge til rette for oppbygging av felles utdanningsadministrative støttefunksjoner.**
- **Det etableres et tett og forpliktende samarbeid mellom KD, HOD, helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene for å sikre riktig kapasitet, og for å sikre at leger og annet helsepersonell gis nødvendig kompetanse for å løse fremtidige oppgaver.**
- **KDs tildeling av nye studieplasser må etterfølges av tilsvarende tildeling av midler til primær- og spesialisthelsetjenesten som bidrag til praksisperioder for et økende antall studenter.**
- **Det må i henhold til UHRs praksisrapport, «utvikles karriereløp som er tilpasset og honorerer undervisningsoppgaver i større grad enn det som eksisterer i dag».**

Det er også nødvendig å styrke samarbeidet mellom sektorene for å sikre gode praksisperioder i grunn- og videreutdanningen for alle helsefagutdanninger samt at disse dimensjoneres i forhold til antall studieplasser. Det vises til tverregionalt prosjekt for etablering av ny spesialistutdanning for leger der spesifikke løsninger utredes for aktørenes roller, ansvar og oppgaver i den nye ordningen. Det bør på utdanningsområdet også legges til rette for størst mulig samarbeid og best mulig utnytting av fellesskapets ressurser.

Vedlegg:

1. Oppnevningbrev med mandat



Helse- og omsorgsdepartementet

Kunnskapsdepartementet

Anne Husebekk, rektor
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet
9019 TROMSØ

Deres ref

Vår ref

Dato

14/2924-

30.06.2015

Samarbeid mellom universiteter og helseforetak – oppnevning av arbeidsgruppe

Godt samarbeid og god koordinering mellom universiteter og helseforetak er nødvendig for å nå målene i helse- og forskningspolitikken. På tross av at det i dag er et omfattende samarbeid om forskning mellom universiteter og helseforetak, har det kommet tydelige tilbakemeldinger om at det eksisterer barrierer som hindrer samarbeidet.

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner derfor en arbeidsgruppe som får i oppdrag å beskrive eventuelle barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt.

De fire helseregionene er ulike hva gjelder omfang og innretning på helseforskningen og samarbeidsrelasjoner med universitetene. Arbeidsgruppen vil derfor bestå av representanter fra de to sektorene som til sammen dekker de fire regionene. I tillegg er det ønskelig at arbeidsgruppen ikke bare har deltakere med bakgrunn i medisinske fag. For å sikre legitimitet, bred forankring og representativitet forutsettes det at arbeidet forankres i de regionale samarbeidsorganene, Nasjonalt samarbeidsgruppe for helseforskning og HelseOmsorg21-rådet på en hensiktsmessig måte.

Med dette oppnevnes du som leder i arbeidsgruppen. Se vedlagte mandat for arbeidsgruppens oppdrag og sammensetning.

Arbeidsgruppen bes levere sitt innspill til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet innen 29. februar 2016.

Et velfungerende samarbeid er viktig for å utnytte ressursene på en best mulig måte. Samarbeid er helt nødvendig for å oppfylle målsetningene i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg HelseOmsorg21, EU-strategien og regjeringens politikk for forskning og høyere utdanning slik den går fram av Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

Universiteter og helseforetak tilhører to ulike forskningsutførende sektorer. De eies og styres av ulike departementer og har ulike hovedformål, men også formål som overlapper. Gjennom sektorprinsippet har hvert departement ansvar for å finansiere forskning om og for sin sektor, og for avveining av bruk av forskning og bruk av andre virkemidler med sikte på å realisere de målene eller politikken som til enhver tid måtte gjelde for sektoren.

Forskningsaktiviteten ved helseforetakene skal understøtte de sektorpolitiske målene om høy kvalitet, likeverdig tilgjengelighet og effektive, trygge og kostnadseffektive tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet gir årlig oppdrag om forskning i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Oppgaven er finansiert gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning og øremerket tilskudd til forskning. Forskningen i helseforetakene skal være klinikknær og tjenesterelevant og til nytte for pasienten og i tjenesten. Sentrale nasjonale mål er høy kvalitet, nytte og internasjonalisering.

Forskningsaktiviteten ved universitetene skal bidra til å møte samfunnsutfordringene (ikke minst de innenfor helse og omsorg), øke verdiskapingen og flytte den internasjonale kunnskapsfronten fremover. Samtidig skal forskningen danne grunnlag for utdanningene.

Det vil alltid forekomme utfordringer i samarbeidsflaten mellom institusjoner som opererer med ulike samfunnsoppdrag, finansieringssystem, regnskaps- og budsjetteringssystemer, rapporteringssystemer og regelverk. Til tross for dette er forskningssamarbeidet mellom universiteter og helseforetak omfattende. Mange forskere har ansettelsesforhold ved begge institusjoner, samarbeider om mange forskningsprosjekter, og fagmiljøer går på tvers av sektorgrensen. Publiseringsanalyser og utviklingen i medisinsk teknologi antyder at samarbeidet i økende grad vil omfatte fagfelt som tradisjonelt hører hjemme ved andre fakulteter enn de klassiske medisinske fakultetene. Eksempler er matematisk-naturvitenskapelige fag, helsefag og psykologi.

Det resultatbaserte finansieringssystemet for forskning i de to sektorene er samordnet blant annet ved at det er utarbeidet felles retningslinjer for kreditering av publikasjonspoeng og felles rapportering på vitenskapelige publikasjoner gjennom CRISTin. Det er opprettet samarbeidsfora på regionalt og nasjonalt nivå for å koordinere aktiviteten, slike som de regionale samarbeidsorganene mellom universiteter, høyskoler og helseforetak, Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning og HelseOmsorg21-rådet. Mandatet til Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning er endret i 2015 for å styrke den nasjonale koordineringen mellom universitetene og de regionale helseforetakene.

I mars d.å. mottok departementene en rapport om samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse. Rapporten viser at det er

klare forskjeller mellom sektorene særlig når det gjelder budsjettering av eksternt finansierte prosjekter. Den konkluderer med at selv om budsjetteringspraksis fra universitetene og høyskolene ikke er direkte overførbare til helseforetakene, bør det etableres mer enhetlige prinsipper for budsjettering på tvers av sektorene. Rapportens anbefaling om å utvikle en modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak, vil bli fulgt opp i en separat prosess. Rapportens øvrige anbefalinger sees i sammenheng med dette arbeidet.

Med vennlig hilsen

Rolf L. Larsen (e.f.)
fung. ekspedisjonssjef

Cathrine Meland (e.f.)
ekspedisjonssjef

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:

Helse Midt-Norge RHF

Helse Nord RHF

Helse Sør-Øst RHF

Helse Vest RHF

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Universitetet i Bergen

Universitetet i Oslo

Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

Norges forskningsråd

Universitets- og høyskolerådet

Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten v/ Nina Langeland

Vedlegg 1

Mandat

Fastsatt av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 30.06.2015.

Arbeidsgruppe for samarbeid mellom universiteter og helseforetak

1. Mål for arbeidet

Et velfungerende samarbeid mellom universiteter og helseforetak er nødvendig for å nå de overordnede nasjonale målsettingene i helse- og omsorgsforskning. Arbeidsgruppen skal foreslå tiltak for å videreutvikle og forbedre samarbeidet mellom universitetene og helseforetakene.

2. Sammensetning

Det etableres en arbeidsgruppe med følgende deltakere som representerer de fire regionene på toppledernivå:

- Anne Husebekk, rektor, UiT – Norges arktiske universitet (leder)
- Cathrine Lofthus, adm. dir., Helse Sør-Øst RHF
- Dag Rune Olsen, rektor, Universitetet i Bergen
- Stig Slørdahl, adm. dir., Helse Midt-Norge RHF
- Arvid Hallén, adm. dir., Norges forskningsråd (observatør)

Sekretariatsfunksjonen ivaretas av de regionale helseforetakene og universitetene i fellesskap.

3. Oppgaver

Arbeidsgruppen skal beskrive eventuelle barrierer for samarbeid og foreslå konkrete løsninger eller beste praksis som kan gjennomføres lokalt, regionalt eller nasjonalt.

4. Avgrensning

Gjeldende nasjonale rammebetingelser, føringer og styringssystemer for universiteter og regionale helseforetak, herunder lov og regelverk og nasjonale finansieringssystemer for forskning, skal ligge til grunn for arbeidet. Det øremerkede tilskuddet til forskning i de regionale helseforetakene skal understøtte forskning i helseforetakene, og midlene skal regnskapsføres i helseforetakene.

Tilgrensende arbeid vil være utvikling av en egen modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak. Arbeidet med justering av finansieringssystemet for universitets- og høyskolesektoren vil også foregå parallelt.

5. Forankring

Det forutsettes at arbeidet forankres i de regionale samarbeidsorganene, Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning og HelseOmsorg21-rådet.

6. Rapportering og tidsfrister

Arbeidsgruppen leverer sine anbefalinger til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet innen 29. februar 2016.