

Notat

| | |
|-------------|---|
| Emne | Innføring av Health Research Classification System for helseforetak, universiteter, høgskoler og forskningsinstitutter |
| Til: | Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisttjenesten (NSG) |
| Fra: | Forskningsrådets arbeidsgruppe for HelseOmsorg21-monitor |
| Dato | 31.10.2016 |

Dette notatet drøfter muligheten for å innføre Health Research Classification System (HRCS) som del av arbeidet med å forbedre statistikken om helseforskning. I notatet gjennomgår vi status for arbeidet med HRCS, viser til erfaringer med en pilot-klassifisering ved Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, og drøfter hvordan man kan gå videre for å utvide bruken av HRCS.

1. HRCS

Health Research Classification System (HRCS) er et verktøy for å analysere forskningsinnsats på helsefeltet. Formålet med systemet er å få en bedre oversikt over forskningen som finansieres, både samlet nasjonalt og ved de enkelte institusjonene. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien legger til grunn at HRCS skal benyttes i HelseOmsorg21-monitor, det monitoreringssystemet som etableres for å følge med i realiseringen av strategien. For å få et best mulig statistikkgrunnlag er det ønskelig at HRCS benyttes på så stor andel av helseforskningen som mulig.

I systemet er det klassifisering langs to dimensjoner: helsekategori og forskningsaktivitet (formål med forskningen)¹. Til sammen gir de to kategoriene et bilde av hvordan forskningen for å møte utfordringer knyttet til helse og sykdom er strukturert:

- Helsekategoriene angir hvilke sykdommer eller organer forskningen er relevant for.
- Forskningsaktivitetene angir type forskning ut fra hva man skal oppnå kunnskap om og hva den skal brukes til.

HRCS-klassifisering av forskningsinnsats finansiert både på prosjektbasis og over grunnbevilgningene vil gi følgende forbedringer i informasjonen om helseforskningen:

- samlet nasjonal oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot ulike sykdommer eller organer
- samlet nasjonal oversikt over finansieringen av forskningen og fordeling på ulike finansieringskilder
- oversikt over forskningsinnsatsen ved institusjonene og på lavere nivåer til bruk for ledere på ulike nivåer
- grunnlag for å vurdere ressursinnsatsen rettet inn mot forskning på ulike sykdommer og organer når forskningsinnsatsen sammenholdes med sykdomsbyrden i befolkningen

¹ Se oversikt over klassifiseringen i vedlegg.

2. Status

HRCS ble utviklet i Storbritannia på begynnelsen av 2000-tallet som et verktøy for å analysere forskningsinnsats på helsefeltet². Forskningsrådet har benyttet klassifiseringen for Forskningsrådsfinansierte prosjekter siden 2011. Forskningsrådet klassifiserer også EU-prosjekter med norsk deltakelse ved hjelp av HRCS. De regionale helseforetakene klassifiserer den delen av sykehusenes forskningsmidler som årlig lyses ut regionalt og er *søkbare* for forskere i regionen. Også Kreftforeningen bruker systemet på sine prosjekter. Til sammen ble prosjektbevilgninger for nærmere 2,3 mrd kroner klassifisert med HRCS i 2015, og det meste av helseforskningen finansiert gjennom prosjektbevilgninger er dermed dekket.

Størstedelen av helseforskningen finansieres imidlertid over institusjonenes grunnbevilgninger, og man vil ikke få et fullstendig bilde av forskningsinnsatsen hvis ikke også forskningen finansiert over grunnbevilgningene blir klassifisert med HRCS. Forskning finansiert over grunnbevilgningene er omfattende, anslagsvis tilsvarende FoU-utgifter nær 5 mrd kroner, fordelt på helseforetak, UH-sektor og i mindre grad forskningsinstitutter.

3. Videreutvikling

I utgangspunktet er HRCS utviklet for å klassifisere forskningsprosjekter basert på prosjektsammendrag, dvs at man har tilgjengelig skriftlig informasjon om forskningstema, metode, hvilke sykdommer og organer forskningen er rettet inn mot. Forskning finansiert over grunnbevilgningene er som oftest ikke organisert som prosjekter, men gjennomføres som langsiktig aktivitet, og ved sykehusene gjerne i tilknytning til klinisk arbeid. Det kan dermed være vanskelig å benytte en klassifiseringsmetode som tar utgangspunkt i prosjekter, og man må derfor finne andre metoder når denne delen av forskningsaktiviteten skal klassifiseres.

Det kan tenkes flere måter å gjennomføre klassifiseringen på, men på grunnlag av to pilotundersøkelser og diskusjoner i Arbeidsgruppen for HelseOmsorg21-monitor, som bl.a har representanter for helseforetakene og universitetene, er det mye som tyder på at HRCS-klassifiseringen best kan gjennomføres som del av kartleggingen av ressursbruk til forskning for helseforetakene (ressurskartleggingen) og som del av innhenting av FoU-statistikk i UH- og instituttsektoren. Klassifiseringen gjøres da ved at man tar utgangspunkt i de økonomiske ressursene og benytter personallistene ved den enkelte avdeling/klinikk for å fordele forskningsinnsatsen på helsekategorier og forskningsaktiviteter.

Det er flere grunner til at denne metoden vurderes som best egnet.

- det eksisterer et etablert apparat for datainnsamling med aktører som har god oversikt over forskningsaktivitetene
- man har mulighet for å se finansieringskilder og forskningsaktiviteter i sammenheng
- det er større sjans for å få konsistens i klassifiseringen hvis den gjennomføres av eller med veiledning fra personer med god kjennskap til institusjonsstruktur og -økonomi
- erfaringer fra Storbritannia tyder på at klassifisering gjort av personer med liten erfaring med systemet og uten veiledning lett blir inkonsistent eller åpner for misforståelser

² www.hrcsonline.net

4. Forsøk med HRCS-klassifisering av forskningsaktivitetene ved Akershus universitetssykehus og klassifisering av fellesfunksjoner ved Oslo universitetssykehus

For å høste erfaringer med metoden ble det i forbindelse med ressurskartleggingen for 2015 gjennomført en pilot med HRCS-klassifisering ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Opplegget for piloten ble godkjent av ledermøtet for forskning og administrert av Avdeling for forskningsstøtte. Møter ble avholdt med forskningsansvarlige og klinikkdirektører, og representanter for klinikkene ble invitert til møte for gjennomgang av rutiner og skjemaer for ressurskartleggingen og pilot med HRCS. Kartleggingen ble i hovedsak ivaretatt av forskningsansvarlig ved klinikkene, mens forskningskoordinator bidro i noen tilfeller.

For den praktiske gjennomføringen ble rapporteringsskjemaet som benyttes for ressurskartleggingen utvidet med de to HRCS-dimensjonene. Klassifiseringen ble understøttet ved at man allerede hadde tatt ut data fra økonomi- og personalsystemet til ressurskartleggingen slik at grunnlagsdata forelå når klassifiseringen startet. HRCS-klassifisering ble deretter gjennomført ved at man vurderte forskningsaktiviteten til personalet som deltok i forskning, om lag 450 personer. Totaltall for ressursinnsatsen fordelt på HRCS-kategoriene ble generert med utgangspunkt i hvor stor andel forskning utgjorde av lønnsutgiftene til den enkelte, basert på stillingsbrøk og andel av arbeidstiden brukt til forskning.

Erfaringen med piloten oppsummeres som god på den måten at man fikk klassifisert all forskningen ved sykehuset og fikk nyttig informasjon om forskningsinnsatsen sett under ett og for den enkelte klinikk/avdeling. Samtidig krevde klassifiseringen en del tidsbruk både administrativt og av de lederne som var involvert i arbeidet. For at man skal ha suksess med en klassifisering som dekker alle helseforetakene og øvrige forskningsutførende sektorer, pekes det i oppsummeringen av erfaringene ved Ahus blant annet på følgende:

- Nytteverdien av klassifiseringen må kommuniseres tydelig, det gjelder nytte både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.
- HRCS-kartleggingen bør gjennomføres sammen med ressurskartleggingen, men gjøres noe forskjøvet i tid (ca 2 uker senere). Da forstyrres ikke ressurskartleggingen, samtidig som man vil ha resultatene fra denne som underlag for HRCS-klassifiseringen.
- Kartleggingen krever god kommunikasjon med og aktiv bistand fra gruppeledere, forskningsledere, klinikkdirektører og andre med nærhet og kjennskap til den utførte forskningen. Ved store enheter må ansvaret deles på flere slik at de som gjør klassifiseringen har tilstrekkelig nærhet til forskningen.
- I selve gjennomføringen er det nødvendig med nært samarbeid med økonomienhet og "controllere" for å få et godt datagrunnlag.

Forsøk med HRCS-klassifisering av fellesfunksjoner ved OUS

Uttestingen gjaldt i utgangspunktet fire deler av ressurskartleggingen som ikke uten videre fanges opp av HRCS-kodingen av forskningspersonalets (direkte) innsats, dvs som ikke fanges opp ved metoden benyttet ved Ahus: 1) Sentrale forskningsstøttefunksjoner (utenfor forskningsavdelingene), 2) regionale kjernefasiliteter, 3) kliniske forskningsposter og 4) stor (nasjonal) forskningsinfrastruktur. Testingen ved OUS har vært konsentrert om sentrale forskningsstøttefunksjoner (1) og regionale kjernefasiliteter (2), som omfatter drøyt 100 mill. kroner. Kliniske forskningsposter er forutsatt å kunne følge samme opplegg som regionale kjernefasiliteter. Det samme kan være aktuelt for stor infrastruktur, men her kan det være noen flere utfordringer.

Sentrale forskningsstøttefunksjoner er ved OUS organisert i et «Virksomhetsområde Forskningsstøtte» innenfor Oslo Sykehusservice med flere avdelinger. I samråd med virksomhetsområdets leder kom man fram til at den beste tilnærmingen var en klassifisering for de to dimensjonene i HRCS uavhengig av hverandre. Man kunne på kort tid, og uten særlig mye datainnsamling eller omfattende diskusjoner, fremskaffe anslag for de ulike virksomhetene.

Det er til sammen 13 regionale kjernefasiliteter ved OUS med en samlet regional driftsstøtte på 30 mill. kr. Det typiske er en avansert (og kostbar) utstyrsenhet, som eventuelt også krever spesialkompetanse ved bruken. Investeringskostnaden vil være dekket med andre midler, og det kan også være egenbetaling for bruken slik at den samlede ressursbruken kan være en del større enn den regionale støtten. Samme type skjema som for forskningsstøttefunksjonene ble testet på én av i alt 13 kjernefasiliteter (avanserte og kostbare utstyrsenheter). Klassifisering lot seg gjennomføre med en samlet tidsbruk på utfylling/veiledning som anses å ligge innenfor et akseptabelt nivå til å være første gang, og må forventes å bli mindre i senere runder. Det er imidlertid utfordringer knyttet til å bestemme hvilke enheter/avdelinger klassifiseringen skal gjøres ved. Tilsvarende problematikk rundt bestillende og utførende institusjon gjør seg gjeldende for felles nasjonal forskningsinfrastruktur.

En foreløpig konklusjon er at HRCS-klassifisering for sentrale forskningsstøttefunksjoner vil være mulig i form av relativt gode anslag, mens større presisjon vil kreve mer arbeid.

5. Forhold som må vurderes for videre arbeid

Erfaringene fra Ahus og OUS tyder på at det for helseforetakene er realistisk å få gjennomført HRCS-klassifisering i sammenheng med ressurskartleggingen. I 2013 stod helseforetakene for nøyaktig halvparten av driftsutgiftene til forskning i fagområdet medisin og helse utenfor næringslivet (fordelt med 40 prosent på universitetssykehusene og 10 prosent for øvrige sykehus), mens universiteter og vitenskapelig høyskoler stod for 33 prosent, instituttsektoren for 12 prosent og statlige høyskoler for 5 prosent. Før man eventuelt setter i gang en kartlegging som har som mål å dekke størstedelen av dette volumet, er det flere forhold som må vurderes nærmere, både med henblikk på at oppgaven ikke skal bli for omfattende og med henblikk på et metodisk forsvarlig opplegg:

1. HRCS-klassifisering vil medføre en økning i "rapporteringsbyrden" og vil kreve en arbeidsinnsats fra forskere, ledere og administrasjon. Man kan anta at klassifisering annet hvert år vil gi tilstrekkelig styringsinformasjon. Det bør derfor vurderes om frekvensen for ressurskartleggingen NIFU gjør for helseforetakene kan reduseres til annet hvert år, slik at HRCS og ressurskartlegging kan gjennomføres i sammenheng og slik at den totale rapporteringsbyrden ikke øker.
2. I UH-sektor samles det inn fullstendig FoU-statistikk annet hvert år. I og med at det er betydelig grad av overlapp mellom sykehus og universiteter når det gjelder forskningsaktiviteter (blant annet delte stillinger og felles fasiliteter), vil det være hensiktsmessig at klassifiseringen gjennomføres samtidig i begge sektorer, dvs annet hvert år.
3. Det må vurderes hvorvidt det er behov for å gjennomføre klassifiseringen ved alle sykehus. Hvis man kartlegger de største enhetene, vil man dekke 80-90 prosent av helseforskningen i helseforetakene.
4. Det må tas hensyn til at det er ulik organisering og ulike prinsipper for regnskapsføring ved sykehusene, samt ulike måter å håndtere "brukerbetaling" på når man benytter

felles fasiliteter. I prinsippet vil det være best for sammenlignbarheten om samme metode kan benyttes over alt, men det må vurderes om det er nødvendig med noen tilpasninger til lokale forhold.

5. I UH-sektor er det primært de fire fakultetene som har medisinutdanning og helsefakultetene ved noen få høyskoler, samt noen psykologiske institutter, som står for det vesentligste av forskningen innenfor helse. Det er også flere enheter innenfor fagområdene teknologi, matematisk-naturvitenskapelige fag og samfunnsvitenskap som har en betydelig andel helserelatert forskning. Man kan vurdere å utvide klassifiseringen til å dekke disse på et senere tidspunkt.
6. Med unntak av Folkehelseinstituttet er det få enheter i instituttsektoren som har helserelatert forskning av særlig omfang, og identifisering av enhetene og klassifisering av forskningen ved disse bør være en relativt enkel oppgave.
7. Det må vurderes om det er behov for å gjøre klassifisering av ressurser/personale knyttet til fellestjenester/støttetjenester. Et enklere alternativ er å fordele ressursbruken for disse pro rata med utgangspunkt i klassifiseringen av forskningsinnsatsen ved avdelinger og klinikker, jf også pilot ved OUS.

6. Anbefalinger for videre arbeid

Igangsetting av HRCS-klassifisering for alle sektorer vil være en oppgave som krever kompetanse og ressursinnsats ved de forskningsutførende institusjonene og et apparat for å sammenstille statistikken. Det vil være nødvendig med samarbeid og god dialog med ledelse og ulike besluttsende organer, slik at man sikrer god forankring og forståelse for oppgaven.

Integrasjonen mellom sykehus og universitet er mange steder så stor at det er uhensiktsmessig ikke å gjøre klassifiseringen samtidig for sykehusene og universitetenes medisinske fakulteter. Neste innsamlingsår for FoU-statistikk for UH-sektoren er 2017 (gjennomføres i 2018). Det er derfor nærliggende at man innfører HRCS-klassifisering i forbindelse med ressurskartlegging og FoU-statistikk for 2017. Det gir noe tid til forberedelse og skoloring av personer som involveres.

For den praktiske gjennomføringen er anbefalingen at man baserer seg på nøkkelpersoners vurderinger av forskningsinnholdet i den utførte forskningen, i samarbeid med personer med god kompetanse på HRCS-systemet, slik det ble gjort på Ahus.

For å forberede arbeidet foreslås at det så snart som mulig etableres en prosjektgruppe/ arbeidsgruppe med oppgave å forberede og gjennomføre HRCS-klassifisering. Gruppen vil blant annet ha som oppgave å utarbeide rapporteringsskjema og veiledning, forberede datainnsamling og sammenstilling til nasjonal statistikk. Ettersom HRCS-klassifiseringen må sees i sammenheng med ressurskartleggingen for helseforetakene, vil det for disse være hensiktsmessig å trekke på den såkalte "ressursgruppen". Videre vil det være nærliggende å ta med personer med rapporteringsansvar ved UH-institusjonene, NIFU som ansvarlig for statistikkinnhenting, personer i Forskningsrådet med kompetanse på HRCS o.a. Forskningsrådet kan ta ansvar for å etablere og lede gruppen. Når klassifiseringsarbeidet begynner kan denne gruppen også fungere som støtteapparat som bidrar med opplæring, råd og veiledning i klassifiseringen.

Vedlegg

Kategorier benyttet i Health Research Classification System

| | Helsekategori | Health categories |
|----|---------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Blod | Blood |
| 2 | Kreft | Cancer |
| 3 | Hjerte og kar | Cardiovascular |
| 4 | Medfødte lidelser | Congenital Disorders |
| 5 | Øre | Ear |
| 6 | Øye | Eye |
| 7 | Infeksjon | Infection |
| 8 | Betennelse og immunsystem | Inflammatory and Immune System |
| 9 | Skader og ulykker | Injuries and Accidents |
| 10 | Mental helse | Mental Health |
| 11 | Stoffskifte og hormoner | Metabolic and Endocrine |
| 12 | Muskel og skjelett | Musculoskeletal |
| 13 | Hjernen og nervesystemet | Neurological |
| 14 | Munnhule, mage-tarm | Oral and Gastrointestinal |
| 15 | Nyrer, urinveier og kjønnsorgan | Renal and Urogenital |
| 16 | Forplantning og fødsel | Reproductive Health and Childbirth |
| 17 | Lunger og luftveier | Respiratory |
| 18 | Hud | Skin |
| 19 | Hjerneslag | Stroke |
| 20 | Generell helserelevans | Generic Health Relevance |
| 21 | Andre | Other |

| | Forskningsaktivitet | Research Activity |
|---|---------------------------------------|---|
| 1 | Underbyggende forskning | Underpinning Research |
| 2 | Årsaksforhold | Aetiology |
| 3 | Forebygging og helsefremme | Prevention of Disease and Conditions, and Promotion of Well-Being |
| 4 | Påvisning og diagnose | Detection, Screening and Diagnosis |
| 5 | Utvikling av behandlinger | Development of Treatments and Therapeutic Interventions |
| 6 | Evaluering av behandlinger | Evaluation of Treatments and Therapeutic Interventions |
| 7 | Håndtering av sykdommer og tilstander | Management of Diseases and Conditions |
| 8 | Helse- og sosialtjenesteforskning | Health and Social Care Services Research |