

Evaluering av den helsefaglige forsknings-satsingen i Helse Nord

Tove Aminda Hanssen

Fag- og forskningssykepleier og professor

Hjerte- og lungeklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge og Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Tromsø

Elin Kristin Evensen

Helsefaglig forskningsveileder

Klinisk forskningsavdeling, Kvalitets- og utviklingscenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

Forskning

Strategisk forskningssatsing

Akademisk kompetanse

Spørreundersøkelse

Spesialisthelsetjeneste

Sykepleien Forskning 2018 15 (81332) (e-81332)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2018.81332

Sammendrag

Bakgrunn: Tidlig på 2000-tallet ble norsk forskning innen sykepleie og andre helsefag betegnet som svak. Siden 2007 har Helse Nord satset strategisk på å styrke helsefaglig forskning.

Hensikt: Hensikten med dette prosjektet har vært å evaluere om forskningssatsingen i Helse Nord har gitt resultater, der oppmerksomheten har vært rettet mot forskningsaktivitet, tildeling av forskningsmidler, forskningsproduksjon og vilkår for forskning blant helsefaglige forskere i helseforetakene.

Metode: Settingen for undersøkelsen er fire helseforetak i Helse Nord. Vi benyttet en multimetodisk tilnærming og ulike datakilder i undersøkelsen. En kvantitativ kartlegging basert på forskningsadministrative data og systematiske søk etter forskningspublikasjoner registrert i tidsskriftdatabaser ble benyttet sammen med data fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant helsefaglige forskere og stipendiater i 2015.

Resultat: I perioden 2008–2015 er det en økning av stipendiater, forskere og vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene. Kompetansehevingen har vært størst innen sykepleie og fysioterapi. Forskerne og stipendiatene har bidratt til flerfaglig forskning og har brukt et bredt spekter av metodologiske tilnærminger, der kvalitative metoder dominerte. I gjennomsnitt er 29 prosent av artiklene i perioden publisert i nivå 2-tidsskrifter. Helse Nord har vært hovedfinansieringskilden for forskningen. Respondentene rapporterte om manglende tid, midler, kultur og tilrettelegging for forskning som hindringer for å gjennomføre forskning.

Konklusjon: Det har vært en positiv utvikling og styrking av helsefaglig forskningskompetanse og forskning i Helse Nord i det aktuelle tidsrommet. Resultatene tilsier at en strategisk satsing på helsefaglig forskning har hatt positiv effekt, og en slik satsing anbefales også til andre helseforetak.

Norges forskningsråd evaluerte i 2003 medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, i hovedsak forskning gjennomført ved universitetene (1).

I rapporten konkluderte de med at forskning i sykepleie og andre helsefag kunne betegnes som svak og bak andre land som Sverige og Finland med hensyn til utvikling av forskningsprogram og ressursbruk. Anbefalingene inkluderte blant annet økt satsing på helsefaglig forskningsfinansiering (1).

På basis av evalueringen og identifiseringen av helsefaglig forskning som et nasjonalt forskningssvakt område utarbeidet flere regionale helseforetak, blant annet i nord og vest, strategiske initiativer for å styrke helsefaglig forskning (2, 3).

Helse Nord styrket forskningen

For å styrke slik forskning i Helse Nord (HN) bevilget Universitetssamarbeidet (USAM) i 2007 midler til en treårig tidsavgrenset prosjektstilling som helsefaglig forskningsleder. USAM er samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket Helse Nord RHF (HN) og universitetene i Nord-Norge.

I tillegg ble helsefaglig forskning utpekt som et av flere forskningssvake satsingsområder i de nye forskningsstrategiske planene for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) (4) og HN (5).

Formålet med den helsefaglige forskningsinnsatsen i HN har vært å styrke forskningen blant ansatte med treårige helseprofesjonsutdanninger, slik som sykepleie, jordmor, fysioterapi, ergoterapi, bioingeniør, radiograf og sosionom.

Tiltak som har vært gjennomført

Konkrete tiltak som har vært gjennomført, er stilling til helsefaglig forskningsleder og prioritering av helsefaglig forskning i tildelingen av HN's forskningsmidler.

Oppgavene til den helsefaglige forskningslederen har vært å drive forskningsveiledning og rådgivning, etablere støttefunksjoner, utvikle kurs eller seminarer og utvikle forskningsnettverk blant helsefaglige forskere fra både somatikk og psykiatri.

Av de utlyste forskningsmidlene er det ikke avsatt egen pott til helsefaglig forskning. Men dersom prosjektene har vært vurdert som støtteverdige, har det hvert år vært tildelt midler til minst ett ph.d.- eller postdoktorprosjekt til en helsefaglig forsker.

Forskningsinnsatsen ble evaluert

I arbeidet med ny forskningsstrategi for HN, gjeldende fra 2016, fikk firmaet Sirona Health Solutions (Sirona) oppdraget med å evaluere forskningsinnsatsen i HN for årene 2002–2013 (6).

Sluttrapporten fra mars 2015 konkluderer med at både forskningsaktiviteten og forskningskompetansen i HN er økt i tråd med den strategiske innsatsen (6). For helsefaglig forskning konkluderte Sirona at det på bakgrunn av de innsamlede dataene ikke var mulig å analysere tildelingene her dypere (6, s. 73).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien har vært å evaluere den helsefaglige forskningsinnsatsen i HN i perioden 2007–2015. Følgende forsknings spørsmål ble undersøkt:

1. Hva kjennetegner den helsefaglige forskningsaktiviteten i perioden?
2. I hvilken grad er det gitt tildelinger av forskningsmidler til helsefaglige forskere?
3. I hvilken grad har helsefaglige forskere bidratt til forskningsproduksjonen i HN?

4. Hvordan opplever helsefaglige forskere vilkårene for forskning i foretakene?

Metode

Settingen for undersøkelsen er fire av de fem helseforetakene i HN, med unntak av Sykehusapotek Nord. Vi benyttet en multimetodisk tilnærming med ulike typer data og datakilder.

Publikasjoner av helsefaglige forskere med tilhørighet og adressering til helseforetakene ble identifisert gjennom søk i Pubmed- og Cristin-databasene. Søket ble avgrenset til publikasjoner i perioden 2008 til og med 2014, der helsefaglige forskere var førsteforfatter eller medforfatter på publikasjonen.

Vi benyttet administrative data fra forskningstildelinger i perioden 2008–2015 for å kartlegge tildelinger av ph.d.-stipender og forskningsmidler til helsefaglige forskere.

Sekretariatet for HNs utlyste forskningsmidler bidro med data om antall søknader og tildelinger. Antallet avlagte doktorgrader i perioden er hentet fra årsrapporteringene for HN-forskningsmidler (2008–2015) (7) samt fra UiTs oversikt over avlagte doktorgrader (8).

Spørreundersøkelse ble sendt til forskere

Vi benyttet *snowball sampling* eller *network sampling* for å få oversikt over helsefaglige forskere og stipendiater per juni 2015 (9). Helt kort gikk denne metoden ut på at hver av de identifiserte forskerne eller stipendiatene ble spurt om de kjente til andre som ikke var kommet med på oversikten vi hadde.

Vi tok utgangspunkt i identifiserte forskere basert på data fra tidligere helsefaglig forskningsleder i HN. Alle helsefaglige forskere og stipendiater som var ansatt i hoved- eller bistilling i helseforetak i HN (n = 42), fikk tilsendt en elektronisk spørreundersøkelse utviklet spesifikt for denne kartleggingen.

Innholdet i spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen inneholdt både enkeltspørsmål fra tilsvarende forskningskartlegginger ved UNN (10, 11) samt spørsmål utviklet spesifikt for dette prosjektet.

Spørreundersøkelsen inneholdt følgende spørsmål med forhåndskodede svaralternativer på nominal- eller ordinalskala: kjønn, arbeidssted (helseforetak), tilknytning til helseforetak i hoved- eller bistilling, tilknytning til universitet eller høyskole i hoved- eller bistilling, år siden avsluttet grunnutdanning, helsefaglig fagbakgrunn, år ansatt i helseforetak i perioden 2008–2015, ph.d.-kompetanse, årstall for oppnådd ph.d.-kompetanse, ph.d.-finansiering, arbeidsoppgaver i klinisk stilling, tid til forskning, metodologiske tilnærminger i egen forskning og samarbeidsparter innen forskning.

I tillegg stilte vi følgende åpne spørsmål: «Nevn opptil tre faktorer som kan bidra til å hemme eller fremme din forskning.»

Gjennomføringen av spørreundersøkelsen

Spørreskjemaet ble gjennomgått og pilotert i et møte med tre helsefaglige forskere og en stipendiat ved UNN, som alle var sykepleiere. Ingen endringer var nødvendig.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av Questback.

Vi meldte prosjektet til UNNs personvernombud før oppstarten, og personvernombudet hadde ingen innsigelser til den planlagte gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

En IKT-medarbeider ved Klinisk forskningsavdeling administrerte undersøkelsen i Questback, inkludert én selektiv påminnelse etter to uker.

Etter endt datainnsamling utleverte IKT-medarbeideren et aidentifisert datasett til forskeren. Data ble lagret i henhold til gjeldende rutiner for håndtering av forskningsdata ved UNN.

I informasjonsskrivet til spørreundersøkelsen fikk deltakerne informasjon om at dataene ville bli behandlet konfidensielt og aidentifisert. Totalt 30 – 14 forskere og 16 stipendiater – svarte på spørreundersøkelsen (svarprosent: 71).

Dataanalyse

Vi gjennomførte deskriptive statistiske analyser ved å bruke statistikkprogrammet SPSS, versjon 20 (IBM SPSS Statistics) og presenterer summariske mål som antall, prosent, gjennomsnitt, median og spredningsmål i denne artikkelen.

Vi brukte Microsoft Excel til å sammenstille resultatet i figurer og tabeller. De åpne spørsmålene er analysert og kategorisert ved hjelp av summativ innholdsanalyse (12).

I presentasjonen av resultater benytter vi begrepet «forsker» om ansatte med helsefaglig fagbakgrunn og ph.d.-kompetanse og «stipendiat» om helsefaglige ansatte som er i gang med kompetansebygging på ph.d.-nivå.

Resultat

Forskningskompetanse og fagbakgrunn

Da forskningssatsingen startet opp i 2008, var det totalt sju helsefaglige forskere med ph.d.-kompetanse og fire stipendiater i helseforetakene i HN.

Snowball-samplingen medio 2015 identifiserte totalt 19 forskere og 23 stipendiater i helseforetakene. Av disse var tre forskere og tre stipendiater menn. De fleste var ansatt på UNN, henholdsvis 15 forskere og 17 stipendiater.

De 19 helsefaglige forskerne hadde følgende fagbakgrunn: elleve sykepleiere, to jordmødre, fire fysioterapeuter, en bioingeniør og en ergoterapeut. Fagbakgrunnen til de 23 stipendiatene var tilsvarende: tolv sykepleiere, seks fysioterapeuter, to bioingeniører, en vernepleier, en ergoterapeut og en sosionom.

Forskningsfinansiering

Når det gjelder tildeling av forskningsmidler til helsefaglige forskere og stipendiater, hadde totalt 17 pågående helsefaglige stipendiater finansiering fra HN i 2015. Over tid har tildelingen variert fra null til fem tildelte ph.d.-stipender per år til personer med helsefaglig bakgrunn.



«Blant stipendiatene var HN den viktigste finansieringskilden.»

Fra og med 2009-tildelingen har totalt tre helsefaglige forskere fått postdoktorstipend, hvorav to av totalt 55 tildelte postdoktorstipender er fra HN i perioden 2010–2015.

Tall fra respondentene i spørreundersøkelsen (n = 30) viste at blant stipendiatene var HN den viktigste finansieringskilden. Totalt tolv av 16 stipendiater hadde fått ph.d.-stipend fra HN, tre hadde universitetsstipend, og en hadde stipend fra Norges forskningsråd.

En større andel av stipendiatene (75 prosent) hadde fått ph.d.-stipend fra HN sammenliknet med forskerne (36 prosent).

Forskningsproduksjon

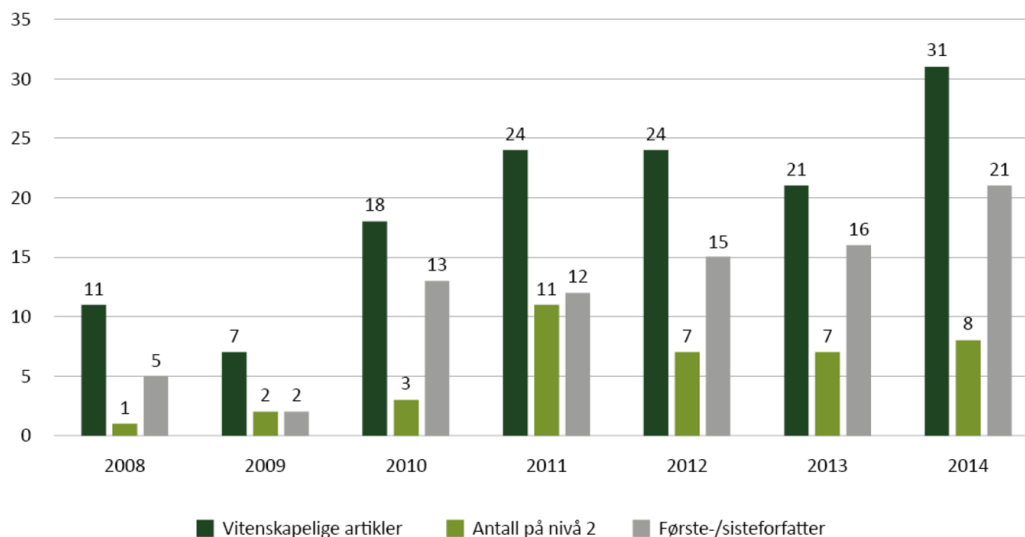
I perioden 2008–2015 ble det avlagt ti ph.d.-grader som helt eller delvis var finansiert av HN, og der kandidaten hadde helsefaglig bakgrunn. I tillegg hadde helsefaglige ansatte i helseforetakene avlagt fem ph.d.-grader, der graden var finansiert av en annen finansieringskilde (7).

Antallet vitenskapelige publikasjoner per år i perioden 2008 til og med 2014, der foretaksansatte helsefaglige forskere eller stipendiater var en av forfatterne, vises i figur 1.

Over tid har det vært en økning i antallet publikasjoner per år, og totalt 31 vitenskapelige artikler med en helsefaglig forfatter ble publisert i 2014 (figur 1). Andelen artikler på nivå 2 (lysegrønn søyle) har vært stabil med over 25 prosent årlig fra 2011.

Videre illustreres en jevn stigning i antallet artikler der helsefaglige forfattere ansatt i helseforetak var første- eller sisteforfatter (grå søyle). Disse artiklene utgjorde en andel på 68 prosent (21 av 31 artikler) i 2014.

Figur 1. Antallet vitenskapelige publikasjoner av helsefaglige forskere eller stipendiater



Antallet publikasjoner (frekvensfordeling) i perioden 2008–2014 er basert på systematiske søk i Pubmed- og Cristin-databasene, der helsefaglige forskere eller stipendiater i Helse Nord var første-, siste- eller medforfatter på publikasjonen.

Kjennetegn ved helsefaglig forskning i HN

Gjennom spørreundersøkelsen identifiserte vi kjennetegn ved og vilkår for helsefaglig forskning. På spørsmålet om hvor lenge det var siden forskerne og stipendiatene hadde avsluttet sin grunnutdanning, viste resultatene at median (minimum–maksimum) alder siden avsluttet grunnutdanning var 30 (10–35) år for forskerne og 28 (11–36) år for stipendiatene.

På spørsmålet om samarbeidsparter i forskningen oppga 10 av 14 av forskerne (71 prosent) å ha regionale og 10 av 14 (71 prosent) internasjonale samarbeidsparter eller medforfattere i forskningen sin.



«Leger var den profesjonen flest oppga som samarbeidspart.»

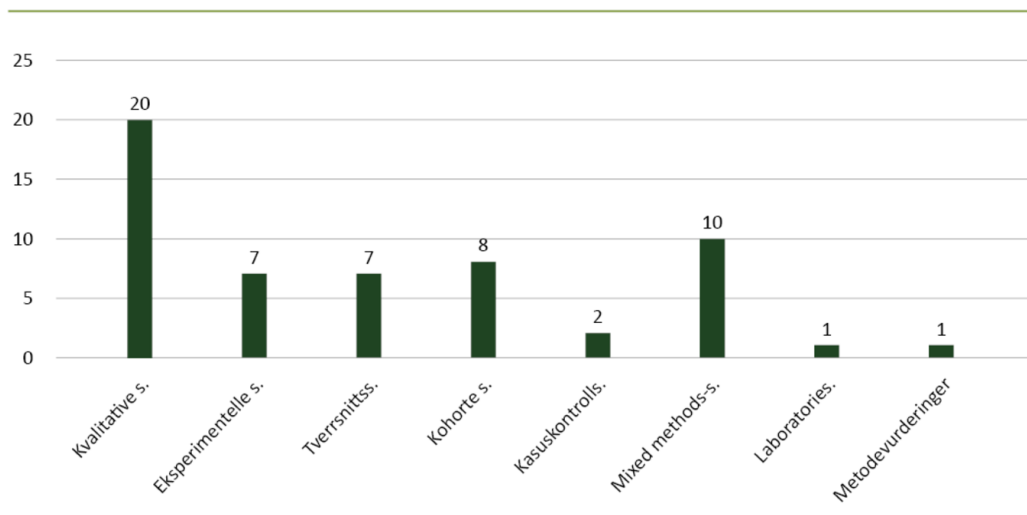
Blant stipendiatene oppga 12 av 16 (75 prosent) at de hadde regionale og 10 av 16 (62 prosent) at de hadde internasjonale samarbeidsparter eller medforfattere i egen forskning. Forskningssamarbeidet var i stor grad tverrfaglig.

Leger var den profesjonen flest oppga som samarbeidspart (70 prosent). De nest mest vanlige samarbeidspartene som ble oppgitt, var sykepleiere og deretter fysioterapeuter.

På spørsmålet «Hvilke metodologiske tilnærminger bruker du / har du brukt i din forskning?» rapporterte 20 av 30 av forskerne og stipendiatene (67 prosent) å ha brukt kvalitative metoder. Oversikt over metodebruk blant forskerne og stipendiatene fremkommer i figur 2.

På det åpne spørsmålet om hvilket fagområde forskerne og stipendiatene forsket innen, viste svarene at det ble forsket innen følgende områder (alfabetisk listet): barn/unges helse, e-helse/e-journal, flyktninghelse, folkehelse, gastrologi, immunologi, intensivmedisin, kardiologi, klinisk etikk, kreft, kronisk somatisk sykdom, kvinnehelse, nevrologi, obstetrikk, psykisk helse, rehabilitering og revmatologi.

Figur 2. Metodologiske tilnærminger i helsefaglig forskning



Frekvensfordeling av ulike studiedesign/metoder brukt i helsefaglig forskning (flervalg mulig). Tall basert på spørreundersøkelse blant helsefaglige forskere og stipendiater i Helse Nord (n = 30).
s = studier

Vilkår for forskning for helsefaglige forskere i foretakene

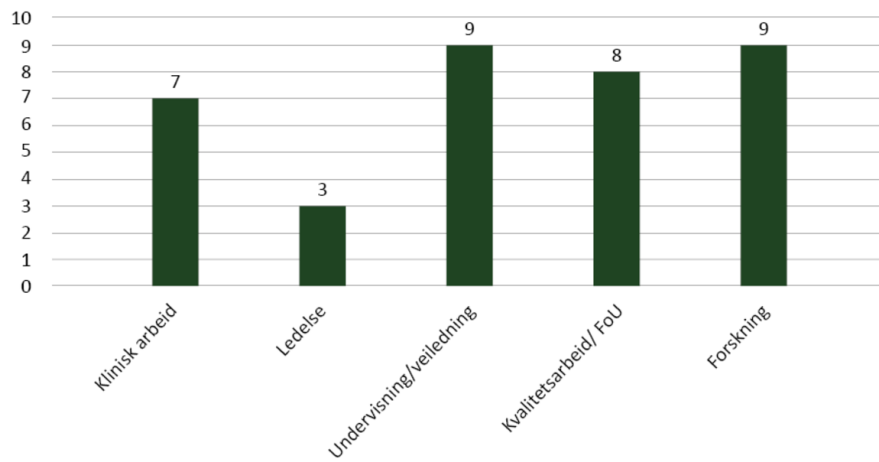
Blant de 14 helsefaglige forskerne i helseforetakene som deltok i spørreundersøkelsen, rapporterte fem (36 prosent) at de ikke hadde noen arbeidstid avsatt til forskning i nåværende stilling.

Median tid avsatt til forskning var 10 prosent, varierende fra 0–100 prosent, tre personer var ansatt i 100 prosent-forskerstillinger. Av stipendiatene hadde åtte av 16 (50 prosent) 100 prosent-stipendiatstillinger.

Vi spurte også forskerne om hvilke arbeidsoppgaver stillingen i helseforetaket omfattet, med følgende prekodede svaralternativer: klinisk pasient / klient arbeid, ledelse, undervisning/veiledning av studenter/ansatte, forskning og kvalitetsarbeid/fagutvikling.

Flere alternativer kunne krysses av. Resultatet er presentert i figur 3. Figuren viser at 50 prosent hadde kliniske arbeidsoppgaver, og at om lag 60 prosent arbeidet med forskning.

Figur 3. Helsefaglige forskeres arbeidsoppgaver i helseforetaket



Frekvensfordeling av arbeidsoppgaver (flervalg mulig). Tall basert på spørreundersøkelse blant helsefaglige forskere ansatt i helseforetak i Helse Nord (n = 14).
FOU = forskning- og utviklingsarbeid

I et åpent spørsmål i spørreundersøkelsen ba vi forskerne om å beskrive de tre viktigste forholdene som de mente hemmer forskning. Forhold som hemmer forskning, er inndelt i kategoriene midler/tid og kultur/miljø, selv om disse overlapper noe. Kategoriene med undergrupper er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Forhold som hemmer forskning i helseforetak

Midler/tid	Kultur/miljø
Manglende frikjøpt tid til å forske	Ledelse og administrasjon som ikke legger til rette for forskning
Vanskelig å nå opp i konkurransen om forskningsmidler	Forskning er ikke prioritert i klinikken / det kliniske feltet
Manglende finansiering / mulighet til å oppnå forskningsmidler	

Svar basert på spørreundersøkelse blant helsefaglige forskere ansatt i helseforetak i Helse Nord (n = 14).

Forskerne spesifiserte følgende konkrete eksempler: «For liten tid på grunn av andre arbeidsoppgaver», «mangel på hjelp i gjennomføringen og manglende finansiering», «å finne en god kombinasjon mellom forskning og andre oppgaver i klinikken», og «ingen bistilling ved UiT slik at jeg kan være hovedveileder.»

Forskere og stipendiatene ble også bedt om å beskrive de tre viktigste faktorene som kan fremme egen forskning, i et åpent spørsmål.

Etter innholdsanalysen kategoriserte vi forhold som kan fremme forskningen blant forskerne i fire kategorier: tid, forskningsmidler, miljø og karriereutvikling. For stipendiatene delte vi svarene inn i to kategorier: støttefunksjoner og miljø. Resultatene er vist samlet i tabell 2.

Tabell 2. Forhold som kan fremme forskning blant helsefaglige forskere og stipendiater

	Tid	Miljø
Forskere	Frikjøpt tid til å skrive protokoll, søknad og tid til forskning	Samarbeid mellom forskningsmiljø Kultur for forskning for alle helseprofesjoner
	Forskningsmidler	Karriereutvikling
	Midler til frikjøpt tid Midler til gjennomføring av prosjekt	Mulighet til å være hovedveileder for ph.d.-kandidat
Stipendiater	Støttefunksjoner	Miljø
	Felles kontorplasser	Ledelse som samarbeider med forskningsgruppen
	Bedre kontorplasser	Samarbeid/møteplass mellom forskningsmiljø / andre stipendiater
	Statistiker og støttefunksjoner	Møtesteder
	Kombistilling forskning/klinikk	Forståelse hos ledelse
Enklere administrative prosesser for å få ordnet det praktiske (lønn, drift) etter tildeling av forskningsmidler	Inkludere lokalsykehusene i forskningssatsingen	

Svar basert på spørreundersøkelse blant helsefaglige forskere og stipendiater ansatt i helseforetak i Helse Nord (n = 30).

Diskusjon

Kjennetegn ved den helsefaglige forskningsaktiviteten i HN

I perioden fra 2008 til 2015 var det en jevn økning i antallet helsefaglige forskere og stipendiater i HN, spesielt ved UNN. Kompetansehevingen har vært størst innen sykepleie og fysioterapi. I de mindre foretakene og innen noen helsefag, som radiografi, er forskningskompetansen i mindre grad blitt styrket.

Forskningen dekker et bredt spekter av fagområder. Fra HN har det vært en tildeling av ett til fem nye ph.d.- eller postdoktorstipender årlig til kandidater med helsefaglig bakgrunn. I perioden er det avlagt 15 doktorgrader der kandidaten hadde helsefaglig bakgrunn og finansiering fra HN og/eller ansettelse i helseforetaket.

I takt med et økende antall forskere og stipendiater har det også vært en jevn stigning i antallet publikasjoner i perioden, der i gjennomsnitt 29 prosent årlig er publisert i nivå 2-tidsskrifter. Kun to av totalt 55 tildelte postdoktorstipender fra HN, i perioden 2010–2015, ble tildelt helsefaglige forskere.



«I takt med et økende antall forskere og stipendiater har det også vært en jevn stigning i antallet publikasjoner i perioden.»

Forskningsinnsatsingen i perioden 2008–2015 har bidratt til å bygge forskningskompetanse blant egne ansatte, som i stor grad har blitt værende i foretakene. Det er imidlertid store forskjeller mellom foretakene.

Ved Helgelandssykehuset har man så langt ikke lyktes med å bygge eller rekruttere helsefaglig forskningskompetanse, mens UNN både har rekruttert flere med denne kompetansen eksternt samt lyktes med å bygge kompetanse internt.

Det er kjent i HN at det generelt er større utfordringer med å øke forskningsaktiviteten ved de mindre helseforetakene enn ved UNN (6).

Median alder siden avsluttet grunnutdanning var 28 år blant stipendiatene og 30 år blant forskerne. I NIFUs undersøkelse av forskning blant sykepleiere rapporterte stipendiatene gjennomsnittlig 18 år siden fullført grunnutdanning (13). Gjennomsnittsalderen blant kandidatene i HN kan derfor sies å være høy.

Aamodt og medarbeidere fant også at gjennomsnittsalderen blant sykepleierstipendiatene var betydelig høyere enn i hele stipendiatpopulasjonen per 2017 (13). Fremover bør man tilstrebe å rekruttere yngre kandidater for å bidra til lengre karriereløp innen forskning, også i helsefagene.

Flere spesialutdanninger innen sykepleie og fysioterapi er de senere år omgjort til masterutdanninger, og forutsetningene for å bygge kompetanse og rekruttere yngre forskere er nå til stede, dersom muligheten tas i bruk (13).

Resultatene vi har oppnådd i Helse Nord, samsvarer med resultat som er beskrevet i Helse Vest, der det i perioden fra 2009–2013 ble tildelt 8,5 millioner kroner i strategiske forskningsmidler for å styrke helsefaglig forskning (14).

I en oppsummering fra satsingen konkluderes det med at midlene både har bidratt til regionale forskingsnettverk, økt forskningsaktiviteten og forskningsproduksjonen blant helsefaglige forskere og ikke minst bidratt til mer kunnskapsbaserte helsetjenester i Helse Vest (14).

Kompetanseheving og forskning gjør sykehus bedre

For å bygge opp og beholde forskningskompetanse er gode kandidater med mastergradskompetanse sentralt for å rekruttere de beste videre til et ph.d.-løp.

Det er en utfordring for klinikkene å avsette tid og midler til å utdanne helsefaglige ansatte til mastergradskompetanse, samtidig som de har behov for den kliniske kompetansen i praksis.

Helsepersonell får kjennskap til forskning gjennom ervervelse av kompetanse på mastergradsnivå. Det kan styrke klinisk praksis ved at de bidrar til at forskningsresultatene brukes i praksis. Ifølge Sironas (6) evaluering er koblingen mellom forskning og klinisk praksis fortsatt en utfordring for HN.

I England har helsemyndighetene gjennom National Institute for Health Research investert i sykepleiernes kompetanseheving på masternivå gjennom et særskilt klinisk, akademisk utdanningsprogram i helseforetakene (15).

Gjennom programmet er det avsatt øremerkede midler til kompetanseheving på mastergradsnivå. I tillegg har de opprettet kliniske, akademiske stillinger for erfarne forskere. Programmet er tilrettelagt slik at sykepleierne øker sin kompetanse innen forskning parallelt med at de også øker den kliniske kompetansen.

Kompetansehevingstiltakene er begrunnet ut fra forskningsevidens som viser at helseforetak som driver forskning, tilbyr pasientene bedre kvalitet i pleien og behandlingen (15–17). For å sikre rekruttering av yngre forskere er det viktig med en fortsatt satsing på å tildele ph.d.-stipender til nye helsefaglige forskere.

Andre tiltak anbefales, som å heve kompetansen for å kunne skrive gode forskningssøknader og bygge faglige nettverk der kompetanse deles. Hensikten med tiltakene er å øke kvaliteten på prosjekter og søknader og tildelingen av forskningsmidler til helsefaglige prosjekter.

Spørreundersøkelsen viste at forskerne og stipendiatene bidro til flerfaglig forskning, de forsket innen flere fag og innen et bredt spekter av fagområder.

Forskningsfinansiering og forskningsproduksjon

Selv om det har skjedd en positiv utvikling, i hovedsak ved UNN, er den helsefaglige forskningskompetansen sårbar. Det er fortsatt en meget beskjeden tildeling av forskningsmidler til helsefaglige forskere ut over ph.d.-nivå.

Derfor har HN i forskningsstrategien for perioden 2016–2020 spisset satsingen på helsefaglig forskning til å støtte postdoktorstipend med ett stipend per år forutsatt at søknadene er støtteverdige (18). Lang klinisk erfaring hos forskerne gir reduserte muligheter til akademiske karriereløp.

I korte akademiske karriereløp vil færre kunne bli erfarne forskere som bygger større forskningsprosjekter eller - grupper, som involverer flere stipendiater og postdoktorer. Derfor anbefaler vi å fortsette å satse strategisk på helsefaglig forskning i HN.

Vilkår for helsefaglig forskning i foretakene

Median tid avsatt til forskning for helsefaglige forskere var 10 prosent, og 36 prosent hadde ingen tid avsatt til forskning. I hovedsak ble forskning hindret av manglende tid, midler og kultur og manglende tilrettelegging for forskning.

Manglende tid på grunn av andre arbeidsoppgaver som det viktigste hinderet for forskning er i samsvar med tidligere rapporterte hindringer for forskning blant leger og psykologer (10, 11).

Basert på tilbakemeldingene vi fikk, kan mulige tiltak i en fortsatt strategisk forskningssatsing være som følger:

- satse gjennom ordinære forskningsmidler
- videreføre stilling(er), som helsefaglig(e) forskningsleder(e)
- øremerke midler til master-, ph.d.- og postdoktorstipender
- utvikle karriereveier for helsefaglige forskere i foretak
- tilrettelegge for miljø og kontorfellesskap for stipendiater ved helseforetakene

- opprette bistillinger mellom universiteter eller høyskoler og helseforetak

For å beholde kompetansen i helseforetakene ser det ut til å være viktig å utvikle karriereveier for helsefaglige forskere, slik at de i større grad enn i dag kan kombinere klinisk arbeid og forskning etter gjennomført ph.d.-grad.

Kombinasjonsstillinger med klinikk og forskning er i stor grad modellen for leger og psykologer i foretakene (10, 11).



«For å beholde kompetansen i helseforetakene ser det ut til å være viktig å utvikle karriereveier for helsefaglige forskere.»

På grunn av det store forventede erstatningsbehovet for førstestillingskompetente innen universitetssektoren de kommende årene (13) er det essensielt at helseforetakene kan tilby attraktive stillinger med konkurransedyktige vilkår for å unngå en utilsiktet kompetanselekkasje.

Aamodt og medarbeidere fant at de vanligste karriereønskene til sykepleierstipendiatene enten var en førstestilling ved en sykepleierutdanning eller kombinert fag- og forskerstilling i spesialisthelsetjenesten.

Det var også vanlig å ønske en fortsatt karriere som postdoktor eller forsker (13). Det skulle derfor være grunnlag for å beholde helsefaglige forskere i foretakene, om man legger forholdene til rette for det.

De helsefaglige forskerne og stipendiatene etterspurte også infrastruktur og støttefunksjoner for forskning, for eksempel kontorplasser, møteplasser og miljø, og statistikkhjelp. Slike støttefunksjoner ble etterspurt også i undersøkelsen blant leger og psykologer fra 2001 og 2006 (10, 11).

Studiens styrker og svakheter

På grunn av små og oversiktlige forhold ved HF-ene i HN har vi en god oversikt over ansatte med doktorgrad og stipendiater. En svarprosent på 71 prosent på spørreundersøkelsen anses å være tilfredsstillende.

Vi kan ikke utelukke at avgrensningen av litteratursøket til kun å omfatte databasene Pubmed og Cristin har medført at antall publikasjoner i perioden er underrapportert.

Konklusjon

Basert på resultatene kan vi konkludere med at det i HN har skjedd en positiv utvikling over tid med styrking av helsefaglig kompetanse og helsefaglig forskning i de fleste helsefaglige profesjonene.

HNs spesifikke satsing, gjennom en egen stilling for helsefaglig forskningsleder, og gjennom de søkbare forskningsmidlene må dermed kunne sies å ha vært vellykket.

Erfaringene fra HN er i samsvar med resultatene som er oppnådd i Helse Vest, og tilsier at en strategisk satsing på helsefaglig forskning har positiv effekt, og at en slik satsing kan anbefales også til andre helseforetak.

Takk til: Inger Sperstad, IT-konsulent ved Klinisk Forskningsavdeling UNN, Tromsø for utarbeiding og distribusjon av Questback-undersøkelsen. Ellen Blix, professor ved Oslomet – storbyuniversitetet og tidligere helsefaglig forskningsleder i HN 2007–2014 for hjelp med navnelister over aktuelle forskere i HN. Tove Klæboe Nilsen, forskningssjef i Kvalitets- og forskningsavdelingen, Helse Nord RHF, Bodø for innspill og diskusjon av resultat.

Begge forfatterne har vært i eller var i stilling som henholdsvis helsefaglig forskningsleder og helsefaglig veileder da artikkelen ble skrevet. Det gjorde at begge hadde interesse for tematikken og resultatene. Dette mener vi ikke påvirket resultatene eller konklusjonene vi trakk.

Referanser

1. Kamper-Jørgensen F, Eriksson C, Starfield B, Ahlbom A, Andersen PK, Jensen UJ, et al. Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health-related and psychological research in Norway. Public health and health services research – Panel 2. Oslo: Norges forskningsråd; 2004.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Helsefaglig forskning ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Forslag til plan. Tromsø; 2006.
3. Helse Vest RHF. Strategi for styrking av helsefaglig forskning i Helseregion Vest 2007–2010. Arbeidsgruppens rapport. Bergen; 2007. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/820080-Strategi-for-styrking-av-helsefaglig-forskning-i-helseregion-vest-2007-2010-arbeidsgruppens-rapport.html> (nedlastet 15.05.2020).

4. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Forskningsstrategi Universitetssykehuset Nord-Norge 2008–2012. Tromsø; 2007.
5. Helse Nord RHF. Forskningsstrategi Helse Nord 2010–2013. Bodø; 2009.
6. Sirona Health Solutions. Evaluering av forskningsattsingen i Helse Nord RHF perioden 2002–2013. Sluttrapport. Stockholm: Sirona Health Solutions; 2015. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/13088133-Evaluering-av-forskningsattsingen-i-helse-nord-rhf-perioden-2002-2013.html> (nedlastet 15.05.2020).
7. Helse Nord RHF. Årlig rapportering på forskning og innovasjon. Faglig rapportering. Hovedrapport forskningsaktivitet. Bodø: Helse Nord RHF; 2008–2015. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/arlig-rapportering-pa-forskning-og-innovasjon> (nedlastet 16.04.2019).
8. UiT Norges arktiske universitetet. Doktorgrader ved UiT Tromsø 2015. Tilgjengelig fra: https://uit.no/om/enhet/artikkel?p_dimension_id=88199&p_document_id=256499 (nedlastet 16.04.2019).
9. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
10. Eriksen BO, Evensen E. Hvilke tiltak kan øke forskningsaktiviteten ved universitetssykehusene? Tidsskr Nor Legeforen. 2001;121:2960–3.
11. Eriksen BO, Evensen E. Endringer i forskningsaktiviteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Norsk Epidemiologi. 2006;16(2):67–72.
12. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277–88.
13. Aamodt PO, Nesje K, Olsen BM. Rekruttering til forskning i sykepleie: en kartlegging av rekrutteringsbehov, rekrutteringsgrunnlag og stipendiatenes karriereplaner. Oslo: NIFU; 2018. NIFU-rapport; 2018:28.

14. Hope I, Frisk B, Myklebust H, red. Helsefaglig forskning. Regional helsefaglig forskningsatsing i Helse Vest. Regional helsefaglig forskningsatsing i Helse Vest; 2013.

15. National Institute for Health Research. Building a research career. A guide for aspiring clinical academics (excluding doctors and dentists) and their managers. Leeds; u.å. Tilgjengelig fra: [https://www.clahrc-
eoe.nihr.ac.uk/2016/02/building-a-research-career-a-guide-
for-aspiring-clinical-academics-and-their-managers-from-the-
nihr/](https://www.clahrc-
eoe.nihr.ac.uk/2016/02/building-a-research-career-a-guide-
for-aspiring-clinical-academics-and-their-managers-from-the-
nihr/) (nedlastet 22.05.2020).

16. Ozdemir BA, Karthikesalingam A, Sinha S, Poloniecki JD, Hinchliffe RJ, Thompson MM, et al. Research activity and the association with mortality. PLoS One. 2015;10(2):e0118253.

17. Hanney S, Boaz A, Soper B, Jones T. Engagement in research: an innovative three-stage review of the benefits for health-care performance. Health Services and Delivery Research. 2013;1(8):2050-4349.

18. Helse Nord RHF. Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020. Bodø: Helse Nord RHF; 2016. Tilgjengelig fra: [https://helse-
nord.no/Documents/Forskning/Strategi%20for%20forskning
%20og%20innovasjon%202016-2020.pdf](https://helse-
nord.no/Documents/Forskning/Strategi%20for%20forskning
%20og%20innovasjon%202016-2020.pdf) (nedlastet 22.05.2020).