

Forskningslederforum referat

Tid: Torsdag, 23. september 2021, kl. 14.00 -16.00.

Sted: Zoom

Faste medlemmer: *Forskningsledere:* Vigdis Vindenes (stedfortreder for Lars Eide), Theis Tønnessen, Olav Røise, Drude M. Fugelseth, Annetine Staff, Morten Moe, Dan Atar, John-Anker Zwart, Suraj Thapa, Henrik Rasmussen (stedfortreder for Kristin Bjordal), Per Steinar Halvorsen, Tom Hemming Karlsen, Leiv Arne Rosseland
Fra Campus Abus: Torbjørn Omland, Trygve Holmøy, Hilde Lurås, Knut Magne Augestad, Helge Røsjo
Øvrige: Dag Kvale (møteleder), Shuo-Wang Qiao, Lillian Kramer-Johansen, Wenche Reed, Gina Clausen (referent)

Observatør: Peder Utne (OUS)

Inviterte: Pål Bakke (Spesialrådgiver OUS), Karin Vassbakk (Avdelingssjef, Avdeling for forskningsstøtte, Ahus), Hans Jørgen Lund (Seksjonssjef økonomi, Klinmed. sak 64/21)

Meldt forfall: Kristin Bjordal, Lars Eide, Erlend B. Smeland, Mona K. Beyer, Åslaug Helland,

Saknr.	Sak
61/21	Godkjenning av protokoll fra forrige møte Protokoll fra møtet 19. august 2021 ble godkjent.
62/21	Årsrapport for forskerutdanningen 2020 presentasjon ved Hilde Lurås Årsrapport for Forskerutdanningen ved Det medisinske fakultet, UiO 2020 og presentasjonen ble sendt ut i forkant av møtet. Hovedtall og trender fra årsrapporten ble presentert: <ul style="list-style-type: none">• 957 doktorgradsavtaler ved Klinmed. Dette utgjør 70% av alle doktorgradsavtalene ved Medfak.• Finansieringskilde til nye kandidater: 61 % Ahus og OUS (HSØ), 4 % andre sykehus, 14 % NFR, 5 % EU, 5 % forskningsinstitutter, høyskoler mv.• 154 disputaser ved Klinmed (218 Medfak). Utgjør 71% av alle disputaser ved Medfak.• Gjennomstrømningstid for disputerte 2020: brutto 5,3 år, netto 4,1 år. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for UiO (4,7 år brutto).• De disputerte kandidatenes grunnutdannelse Klinmed, for 2020: Cand. Med. 63%, M.Sc14 %, andre 23 %• De siste 15 årene er antall nye PhD-avtaler pr år i Klinmed-området vært noe fallende (fra ca 240 til knapt 200), men samtidig er også andelen med cand. med. bakgrunn gått ned (fra 55% til 43% i 2020).• Tabell 9 i årsrapporten viser antall disputaser, nye avtale og totalt antall doktorgradsavtaler ved Klinmed. <i>Kommentarer til presentasjonen:</i> <ul style="list-style-type: none">• Finansiering fra universitetssykehusene – inneholder disse finansiering fra pasientforeninger, stiftelser etc kanalisert gjennom sykehus? Disse er ikke synlig som finansieringskilde.<ul style="list-style-type: none">○ Svar fra Klinmed: tallene fra pasientorganisasjoner er trolig lagt inn her. <i>Spørsmål til diskusjon i Breakout rooms:</i> <ul style="list-style-type: none">• Er det et problem at andel med Cand. med. som blir tatt opp i doktorgradsprogrammet ved Klinmed synker?• Bør det settes i gang tiltak for å øke andelen med Cand. med?

Oppsummering fra diskusjonene i Breakout rooms:

- Flere FL bekræftet at de erfarer at andel søkere til doktorgradsprogrammet med medisinskfaglig bakgrunn går ned. Årsaker til dette kan være: kliniske karriereløp, «status»/verdsetting av en doktorgrad ved ansettelse samt lønnsnivå.
- Lønn ble trukket frem av flere som en mulig faktor til at andel med Cand. Med. går ned. Har tidligere vært mulig å kombinere stillinger (ta ekstra vakter), noe det er begrenset mulighet for når det er én arbeidsgiver der sum ansettelse ikke kan overstige 100% stilling.
- Tidligere ble man anbefalt å ha en doktorgrad for å få en overlegejobb ved OUS. Slik er det ikke lenger – dette varierer mellom klinikker og avdelinger.
- Krav om 3-årig forskningsfinansiering er utfordrende for en del miljøer.
- Krevende å organisere forskning inn i et klinisk miljø/forskningsgruppe.
- Nye krav til LIS-utdanningen, med lite fleksibilitet til forskning, bidrar til at antall med Cand. med. som rekrutteres til forskning under LIS-perioden går ned, siden flere LIS forlater OUS rett etter ferdig løp (skal tilbake til fast stilling i det helseforetaket de kommer fra).
- OUS sin retningslinje om bruk av fordypningsperioder problematisk i noen miljøer mtp at de som rekrutteres må ha fast stilling. Anbefaler at det nedsettes en arbeidsgruppe som får i mandat å se på hva årsaken til nedgangen kan være.

Oppsummert mente FLF at trenden med nedgang av medisinere inn i PhD var bekymringsfull og at dette burde adresseres fremover.

63/21

Dekningsbidrag/overhead ved OUS – status for arbeidet med revisjon av retningslinje ved Pål Bakke

- OUS har nedsatt en intern arbeidsgruppe som har fått i mandat å se på revisjon av retningslinje for dekningsbidrag/overhead.

Status for arbeidsgruppens arbeid:

- Fra forskningssiden ønskes flere unntak for kravet om internt dekningsbidrag.
- Foreslår at det gis unntak for alle pasientforeninger og ideelle stiftelser, samt for Marie S. Curie Actions (MSCA) og KLINBEFORSK.
- Ønsker en felles policy for klinikkene.
- .
- Enighet i gruppen om at midler fra alle pasientforeninger og ideelle stiftelser behandles likt. Tap av inntekt bør dekkes inn via de kildene som betaler dekningsbidrag (HSØ, NFR og EU).
- Enighet om at det skal være en kompensasjonsordning for omsorgspermisjoner der det ikke gis NAV-refusjon for pensjonskostnadene. Foreslås også dekket inn ved økt dekningsbidrag (altså en egenfinansiert ordning for prosjektene).
- Hvis dekningsbidraget økes utover det som er nødvendig for å dekke opp unntakene for pasientforeninger, stiftelser og MSCA, bør bruken av disse ekstra midlene diskuteres
- Foreløpig enighet i arbeidsgruppen om å anbefale noe økning for forskningsstøttefunksjonene i klinikk, OSS FST og eventuelt noe sentralt – men ikke nærmere spesifisert.
- Enighet om å ta hensyn til at pensjonskostnadene som belastes OUS prosjekter er høyere ved OUS enn UiO. Bør derfor ha lavere prosentatsats på dekningsbidraget ved OUS enn ved UiO for at det skal bli reelt sammenlignbart.
- Det er per i dag ikke konsensus i arbeidsgruppen om bruken av de siste millionene som kommer inn hvis satsen økes til 18 % av personalkostnader (inkl. sosiale kostnader*).
- Gruppen anbefaler at ved innføring av økte satser gjelder det kun for nye prosjekter (tildelinger), altså ikke tilbakevirkende kraft for eksisterende prosjekter.

**Merk at dagens ordning med OUS, der dekningsbidrag beregnes med 18 % bare av lønn, tilsvarer, ca. 11 % regnet av lønn + sosiale kostnader.*

Praksis for bruk av overhead ved Ahus ved Karin Vassbakk

Karin Vassbakk presenterte rutiner for bruk av overhead ved Ahus.

- Dekningsbidraget utgjør 15 % av tildelt beløp. Halve beløpet (7,5 %) overføres til den aktuelle klinikk/divisjon hvor prosjektet er forankret/utgår og skal benyttes i tråd med klinikken/divisjonens forskningsstrategi.
- De resterende 7,5 % skal benyttes til felles forskningsinfrastruktur på sykehuset kontoført ved Avdeling for forskningsstøtte.

Unntak for beregning av overhead:

- Prosjekter med finansiering fra Kreftforeningen
- Prosjekter med finansiering fra Stiftelsen Dam
- Gaver /donasjoner som forvaltes av sykehuset der ikke bidragsyter godtar internt dekningsbidrag
- Innovasjonsmidler og utenlandsstipend finansiert av Helse Sør-Øst
- Forprosjektmidler finansiert av Norges forskningsråd
- Finansiering av prosjekter som utgjør mindre enn 200 000 kroner
- I prosjekter hvor det er tvil om det skal tas dekningsbidrag, er det økonomidirektør som avgjør om rutinene skal fravikes.

Ansvar for fordeling av midlene:

- Avdeling for forskningsstøtte og Enhet for økonomi og finans (controller og regnskap) har ansvar for: registrering av dekningsbidraget og overføring til aktuelt prosjektnummer.
- Forsknings- og innovasjonsdirektøren beslutter hvordan midlene til felles forskningsinfrastruktur på sykehuset skal forvaltes.
- Forskningsledelsen ved divisjonen/klinikken beslutter hvordan de divisjonsvise midlene skal forvaltes iht forskningsstrategi ved div/klinikk

Noen eksempler på hvordan midlene har blitt brukt.

- Ganske komplett infrastruktur for forskning overordnet, inkl. all administrasjon og HR via avdeling for forskningsstøtte, Forsknings- og innovasjonsdivisjonen (FID) på eksternt finansierte prosjekter
- Grants@ahus.no som kan bistå i alle deler av prosjekt- og søknadsutvikling
- Klinisk forskningspoliklinikk (KFP) med lokaler sentralt i hovedbygget på Lørenskog

Ahus har positive erfaringer med måten midlene har vært brukt på.

Praksis for bruk av overhead ved UiO – ved Shuo-Wang Qiao

UiOs modell.

- UiO har en annen modell for å beregne overhead en sykehusene (Leiestedsmodell.)
- Nettobidrag ved Klinmed har økt. Pga av flere eksterne prosjekter.
- 20% er gjennomsnitt for overhead ved UiO. Klinmed har ligget stabilt på ca. 12 - 13% de siste 5 årene.
- EU-prosjekter –25% på “alt”. Dette gjelder ikke for Marie S. Curie Actions prosjekter. Fordi disse prosjektene er underfinansierte av EU.
- NFR- FRIBIO- målet er å ta 25% av hele prosjektet. Nettobidrag hentes inn ved frikjøp av arbeidstid til fast internfinansierte ansatte og overhead på lønnsutgifter.
- Kreftforening og Jebsen m.fl. Her gjelder de begrensingene som finansørene setter.

- Etter bortfall av gaveforsterkningsmidlene tas nettobidrag kun i form av frikjøp for Kreftforenings prosjekter, for Jepsensentere som ble budsjettet med gaveforsterkning må Klinmed legge inn friske midler for å dekke bortfallet av denne inntektskilde.

Kommentarer:

- Viktig å diskutere basisfinansiering.
- Vær obs på at man beregner overhead på ulike grunnlag.
- Ahus - tar ikke overhead på KLINBEFORSK.
- Ahus – tar overhead på driftsmidler - dette gjør ikke OUS.

Spørsmål til diskusjon i breakout rooms:

Dekningsbidrag fra et FL-perspektiv.

- Prioritere mer lokalt eller sentralt (Forskningsstøtte) dersom det blir økt dekningsbidrag/overhead? Er FL opptatt av å få ressurser til oppfølging i klinikken, eller er det ønske om mer sentrale tiltak, f.eks. til å støtte opp under biobank?

Oppsummering fra diskusjonene i breakout rooms:

- Midler som går til sentrale tiltak er mer synlige. Viktig å synliggjøre overheaden som går tilbake til klinikkene.
- Halvparten av overheaden bør gå til forskningsstøtte i klinikken, som ved Ahus (i dagens modell ved OUS går 10% til klinikk og 8% sentralt til felleskostnader – ikke til FST).
- Viktig med transparens rundt insentivene.
- Vil brukerbetaling/ internfakturerings til forskningsstøtte kunne reduseres om man skal ta mer overhead på eksternt finansierte prosjekter og dette kanaliseres til FST?
- Klinikkspesifikke behov – ønsker heller mer til klinikkene enn mer til felles forskningsstøttefunksjoner.
- Forskningsmidler fra RHF-ene, som ligger i rammen til HF-ene (ikke øremerket), bør tydeliggjøres i interne budsjetter.
- Overhead er ikke synliggjort godt nok.
- Modellen Ahus har valgt virker attraktiv.
- Ahus opplever at deres modell fungerer bra. Noe går tilbake til klinikken og noe forskning.

64/21

Ressurskartlegging forskning - forskningskostnader ved OUS og Klinmed i 2020
ved Pål Bakke

Gjennomgang ved Pål Bakke av ressursbruk til forskning ved OUS og Klinmed.

Noen hovedtrekk:

- Lav lønnsvekst i 2020 gjør at 2,0 % nominell økning 2019-20 kan bety realvekst. Økningen er større hvis beløpet for «Professorat» i 2019 nedjusteres.
- Ekstern finansiering totalt sett har økt i 2020, men ulik trend for de ulike kildene
- Økning for «Andre eksterne» og «HSØ- og HOD-midler» kompenserer for nedgangen i bruken av NFR-midler (?)
- EU – fortsatt relativt små beløp, men riktig trend.
- Totalt en vekst i årsverk på 2,5 %
- Noen få klinikker står for det meste av veksten (se presentasjon).
- Klinmed mest markert vekst for eksternt finansierte

	<p><i>Oppfølging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjonen sendes ut • Klinikkene vil få hver sin oversikt tilsendt. • Hvis man ønsker en gjennomgang av tallene ta kontakt med Pål Bakke.
65/21	<p>Orienteringssaker UiO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisering til ERC-StG- og ERC – CoG 2022. Ønsker innspill på navn fra forskningsledere på kandidater, spesielt til StG. Forslag sendes til Shuo-Wang Qiao • Shuo-Wang Qiao sender ut e-post i etterkant av møtet til FL med informasjon og bestilling.
66/12	<p>Orienteringssaker OUS</p> <p>Rutiner for registrering av kliniske studier i EU Clinical Trials Register (EUCTR/EudraCT) med videre, v/Pål Bakke</p> <ul style="list-style-type: none"> • EU CTR er fra 2014 obligatorisk for legemiddelstudier i EU/EØS <p>EU Trials Tracker leser av EU CTR og oppsummerer status for registrering og resultatrapportering. Sortering etter sponsor – firmaer, sykehus, universiteter mv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport fra stiftelsen DAM påpekte at OUS ikke har rapportert på resultater. Skyldes ikke manglende vilje til å vise resultater (slik rapporten antydte). • OUS har fulgt opp med en rekke tiltak for å komme ajour: <ul style="list-style-type: none"> - Beskrivelse av systemet. - Oppfølging av de enkelte prosjektlederne. Merk at prosjektleder må selv inn i databasen og registreres. - Nye rutiner: Presisere alle mulige registreringer og kutte ut dobbeltregistrering i EU CTR og ClinicalTrial.gov. Sendt ut informasjon i nyhetsbrev fra forskningsstøtte. <p>Annonsering av kliniske behandlingsstudier på sykehusets nettsider/helsenorge.no</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primo juni 2021 hadde OUS annonsert 303 studier på nett Pr. 23.9.2021 har OUS 348 studier på net. Netto økning 45 studier. Er fortsatt ikke i mål. Det jobbes med en nasjonal løsning. <ul style="list-style-type: none"> • NorTrials - orientering om status for etablering av koordinerende enhet • Ikke avklart hvor NorTrials-sentre (terapiområder) skal plasseres. • NorTrials koordinerende enhet legges til OUS, og organiseres i første omgang som et prosjekt i Forskningsstøtte, med tett koordinering mot TIK (industrisamarbeid) og FIU. Hovedfokus er i første omgang å få sentrene opp og stå, så snart de er besluttet. Peder Utne blir leder for koordinerende enhet. <p>Ekstraordinær utlysning KLINBEFORSK, tematisk rettet fra HOD, https://kliniskforskning.rhf-forsk.org/utlysning/</p> <p>De regionale helseforetakene lyser ut 100 millioner kroner målrettet til kliniske studier for utvalgte pasientgrupper (politisk besluttet ifm Revidert nasjonalbudsjett mai 2021). Søknadsfrist 30. November 2021. Alle fire regioner skal delta i prosjektene. Viktig at FL får informasjon ut til aktuelle søkere.</p> <p>Det kan søkes om midler til nasjonale, kliniske studier innenfor følgende prioriterte områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bruk av sentralstimulerende midler i substitusjonsbehandling av personer med rusmiddelavhengighet • behandling av hjernesykdommer som demens og ALS • bruk av genterapi for behandling av pasienter med: sjeldne diagnoser

	tilstander som uhelbredelig blodkreft, øyesykdommer, sjeldne immunsykdommer alvorlige sykdommer som rammer barn.
67/21	Aktuelle saker fra forskningslederne Ingen saker
68/21	Eventuelt Ingen saker