



Møteinnkalling

Møtested

Armauer Hansens hus – Styrerrommet, 4. etasje

Dato

07.05.2025

Tidspunkt

13:15–15:30

Saksliste og sakspapirer følger vedlagt.

Eventuelle forfall bes meldt snarest til Gjert Bakkevold, tlf. 55 58 61 97, epost: gjert.bakkevold@uib.no

Med vennlig hilsen

Sveinung Hole
Styreleder

Per Bakke
Dekan

Innkalling er sendt til:

Sveinung Hole
Thorkild Tylleskær
Vegard Slettvoll
Sonja Ljostveit
Andrea Melberg
Bjørn Tore Gjertsen
Håkon Garnes Mjøs
Jutta Dierkes
Clara Gram Gjesdal

Saksliste

Saksnr.	Tittel	Lukket
S 30/25	Godkjenning av innkalling og saksliste	
S 31/25	Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 26.03.2025	X
S 32/25	Økonomistatus per mars 2025	
S 33/25	Økonomistatus for Vestlandslegen 2020-2025	
S 34/25	Ny inntektsfordelingsmodell ved Det medisinske fakultet fra 2026	
S 35/25	Krav til sakkunnig- og vurderingskomité ved tilsetting vitenskapelige, forskar- og rekrutteringsstillinger etter endringer i ny Universitets- og høyskulelov (UH-lov) og ny Universitets- og høyskuleforskrift (UH-forskrift)	
S 36/25	Ph.d.-utdanningsmelding 2024 Det medisinske fakultet	
S 37/25	Opprykk til professor etter kompetansevurdering - søknadsrunden høst 2024 - godkjenning av bedømmelsen	X
S 38/25	Opprykk til professor etter kompetansevurdering - søknadsrunden høst 2024 - godkjenning av bedømmelsen	X
S 39/25	Opprykk til professor etter kompetansevurdering - søknadsrunden høst 2024 - godkjenning av bedømmelsen	X
S 40/25	Fullmaktsaker til møtet 07.05.2025	X
S 41/25	Orienteringssaker til møtet 07.05.2025	



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/332
Styresak
31/25

Dokumentdato
22/04/2025
Møtedato
07.05.2025

Unntatt fra innsyn i henhold til offl. § 25, 1. ledd

Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 26.03.2025

Utkast til protokoll fra fakultetsstyret 26.03.2025 er vedlagt.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner protokollen fra møtet 26.03.2025.

Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

22/04/2025/Gjert Bakkevold



Møteprotokoll

Møtested

Armauer Hansens hus – Styrerommet, 4. etasje

Dato

26.03.2025

Tidspunkt

13:15–15:33

Til stede

Navn	Funksjon	Gruppe	Varamedlem for
Sveinung Hole	Leder	E	
Inge Fristad	Varamedlem	A	Bjørn Tore Gjertsen
Jutta Dierkes	Medlem	A	
Inari Kursula	Varamedlem	A	Thorkild Tylleskär
Andrea Melberg (ikke sak 28/25)	Medlem	B	
Eirik Dalheim	Medlem	C	
Jonas Hodneland Sundfjord	Varamedlem	D	Vegard Slettvoll
Anne Runa K Risa Bakke	Varamedlem	D	Håkon Garnes Mjøs
Clara Gram Gjesdal	Medlem	E	

Til stede fra dekanatet

Per Bakke	Dekan
Marit Bakke (t.o.m. sak 18/25)	Prodekan forskning
Marit Øilo (f.o.m. sak 18/25 t.o.m. sak 26/25)	Visedekan utdanning

Til stede fra administrasjonen

Synnøve Myhre	Fakultetsdirektør
Ørjan Leren (t.o.m. sak 22/25)	Assisterende fakultetsdirektør
Kristine Tangen (t.o.m. sak 22/25)	Seksjonsleder økonomi
Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth	Seksjonsleder HR
Hege Ommedal (sak 24/25)	Seniorrådgiver forskning
Gjert Bakkevold	Protokollskriver



Saksliste

Saksnr.	Tittel	Lukket
S 14/25	Godkjenning av innkalling og saksliste	
S 15/25	Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 22.01.2025	X
S 16/25	Regnskapet for 2024	
S 17/25	Endelig budsjett 2025, med forventede overføringer	
S 18/25	Løypemelding fra inntektsfordelingsutvalget ved Det medisinske fakultet	
S 19/25	Oppnemning av ansettelsesråd for forskarar ved Det medisinske fakultet	
S 20/25	Arealoptimalisering ved Det medisinske fakultet - status og framdriftsplan	
S 21/25	Årsrapport 2024 - Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	
S 22/25	Studiebarometeret 2024, resultater ved MED	
S 23/25	Revisjon av reglement for Kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS	
S 24/25	Revisjon av programbeskrivelsen for ph.d.-programmet og fullmakt til PFU for revisjon av retningslinjer basert på programbeskrivelsen	
S 25/25	Oppnevning av meritterte undervisere ved Det medisinske fakultet 2024	X
S 26/25	Oppsigelse av fast forsker ved Institutt for biomedisin	X
S 27/25	Uttalelse til innstilling - dekan ved Det medisinske fakultet	X
S 28/25	Fullmaktsaker til møtet 26.03.2025	X
S 29/25	Orienteringssaker til møtet 26.03.2025	

S 14/25 Godkjenning av innkalling og saksliste

Godkjenning av innkalling og saksliste

Andrea Melberg meldte om inhabilitet i en ansettelsessak. Det var ingen andre varsel om inhabilitet.

Vedtak

Innkalling og saksliste ble godkjent.

S 15/25 Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 22.01.2025

Vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner protokollen fra møtet 22.01.2025.

S 16/25 Regnskapet for 2024

Vedtak

Fakultetsstyret tar saken regnskapet for 2024 til etterretning.

S 17/25 Endelig budsjett 2025, med forventede overføringer

Vedtak

1. Fakultetsstyret vedtar at enhetene får videreført sine overføringer fra 2024 inn i 2025 slik det fremgår i tabell 1.
2. Fakultetsstyret vedtar budsjettet 2025 for enhetene slik de er presentert i sakens tabell 3 og 5.
3. Fakultetsstyret forventer at det fortsettes å jobbe aktivt med å øke det økonomiske handlingsrommet.
4. Fakultetsstyret ønsker å få fremlagt en styresak om revidert budsjett når enhetene har justert kostnader og inntekter.
5. Fakultetsstyret forventer å få fremlagt søknad om overskridelsesfullmakt fra K2, K1 og IKO med plan for hvordan instituttene skal komme i balanse.

S 18/25 Løypemelding fra inntektsfordelingsutvalget ved Det medisinske fakultet

Vedtak

Fakultetsstyret tar løypemeldingen til orientering.

S 19/25 Oppnemning av ansettelsesråd for forskarar ved Det medisinske fakultet

Vedtak

Fakultetsstyret oppnemner «Ansettelsesråd for forskarstillingar. Ved utnemning av ny dekan og prodekan i 2025 går dei inn som høvesvis leiar og vara frå fakultetsleiinga.

Ansettelsesråd for forskarstillingar vil ha fylgjande samansetning;

Ansettelsesråd for forskararstillingar		
Tilknytning/representasjon	Rolle	Namn
Fakultetsleiing	Leder	Per Bakke (dekan)
	Vara	Marit Bakke (prodekan)
Arbeidsgjevar	Medlem	Anja Torsvik (forskar K2)
	Vara	Harald Barsnes (professor IBM)
Arbeidsgjevar	Medlem	Nina Mc Tiernan (postdoktor IBM)
	Vara	Anders Røslund (instruktørtannlege IKO)
Fagforeining	Medlem	Astrid Wang
	Vara	Helge Holgersen
Fagforeining	Medlem	Rune Bjørneklett
	Vara	Jan Georg Tangenes

Fakultetsstyret vedtek den føreslegne presiseringa til sakhandsamingsreglane i Personalreglementet punkt 11. for ansettelsesrådet;

Det vert gjennomført digitale møter for handsaming av saker som gjeld ordensstraff, suspensjon, oppseiing og avskjed frå forskarstillingar. Det vert lagt opp til eit digitalt møte i månaden, utanom i sumarferien (juni - august). Det vert vidare føreslege at medlemmane i utvalet står fritt til å be om at saker skal handsamast i fysiske møter, og at det vert gjennomført om minst eit medlem ynskjer fysisk møte.

S 20/25 Arealoptimalisering ved Det medisinske fakultet - status og framdriftsplan

Den 26.03.2025 kom det inn innspill til fakultetsstyret fra Bjørn Tore Gjertsen og Inge Fristad ang. arealoptimaliseringen. Fakultetsstyret ber arealgruppen ta med innspillet i sitt videre arbeid. Clara Gram Gjesdal anbefalte at UiB har møter med Helse Bergen om areal i den videre prosessen.

Vedtak

Fakultetsstyret tar arealgruppens status og framdriftsplan til orientering. Arealgruppen gis mulighet til å levere sin endelige rapport før jul hvis det skulle dukke opp særskilt behov for utsettelse av den opprinnelige fristen i oktober.

S 21/25 Årsrapport 2024 - Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Vedtak

Fakultetsstyret godkjenner Årsrapport 2024 for helse, miljø og sikkerhet.

S 22/25 Studiebarometeret 2024, resultater ved MED

Vedtak

Fakultetsstyret tar saken til orientering.

S 23/25 Revisjon av reglement for Kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS

Vedtak

Fakultetsstyret vedtar revidert versjon av reglement for Kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS slik det foreligger i møtet. Endringene trer i kraft 1. august 2025.

S 24/25 Revisjon av programbeskrivelsen for ph.d.-programmet og fullmakt til PFU for revisjon av retningslinjer basert på programbeskrivelsen

Vedtak

Fakultetsstyret godkjenner den reviderte programbeskrivelsen for ph.d.-programmet ved Det medisinske fakultet med eventuelle forslag til endringer og PFU får myndighet til å gjøre mindre justeringer i programbeskrivelsen etter denne revideringen.

S 25/25 Oppnevning av meritterte undervisere ved Det medisinske fakultet 2024

Vedtak

Unntatt offentlighet.

S 26/25 Oppsigelse av fast forsker ved Institutt for biomedisin

Vedtak

Unntatt offentlighet.

S 27/25 Uttalelse til innstilling - dekan ved Det medisinske fakultet

Vedtak

Unntatt offentlighet.

S 28/25 Fullmaktsaker til møtet 26.03.2025

Vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet tar fullmaktsakene til orientering.

S 29/25 Orienteringssaker til møtet 26.03.2025

- Årshjul for fakultetsstyret vår 2025
- Rapportering HMS-avvik for perioden 11.01.2025 – 13.03.2025
- Rutiner for oppsigelse av forskerstillinger (muntlig orientering)
- Status og framtid for Eitri Helse Innovasjonssenter i Bergen
- Ny internhusleiemodell ved UiB (universitetsstyresak 21/25, møtedato 13.03.2025)
- Utlysningstekst instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi (IKO)
- Utlysningstekst instituttleder ved Institutt for biomedisin (IBM)
- Dekanen orienterer
 - Den geopolitiske situasjonen – akademia i USA
 - Vestlandslegen - status

Vedtak

Fakultetsstyret tar orienteringssakene til orientering.



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2024/6816
Styresak
32/25

Dokumentdato
29.04.2025
Møtedato
07.05.2025

Økonomistatus per mars 2025

Bakgrunnsdokumenter

- Fakultetsstyresaker:
 - 42/24 Budsjett 2025 – Plan og prosess
 - 58/24 Strategisak – Budsjettforslag 2025
 - 70/24 Orientering om statsbudsjettet for 2025
 - 82/24 Strategisak – Budsjett 2025
 - 17/25 Endelig budsjett 2025, med forventede overføringer
- Universitetsstyresaker:
 - 74/24 *Budsjett for Universitetet i Bergen 2025*
- Vedlegg:
 - Økonomirapport per mars 2025 sendt til UiBs økonomiavdeling

Bakgrunn

Fakultetene sender økonomirapporteringer til universitetet sentralt alle måneder i året med unntak av etter januar og juni.

De fleste tabeller i denne saken viser tallene slik de kommer frem i regnskapet.¹

Virkningen av det forsinkede lønnsoppgjøret for 2024, samt hva man kan forvente i lønnsoppgjøret for 2025 skaper usikkerhet i regnskapsoppfølgingen. I budsjettet for grunnbevilgningen i 2025, i budsjettversjonen Milestone 1 som er grunnlaget for denne rapporten, ligger det periodiseringsfeil knyttet til lønnsoppgjøret for 2024, som får innvirkning på avvikene mellom budsjett og regnskap. Dette jobbes det med å korrigere, i tillegg til at instituttene oppdaterer budsjetterte prognoser, og det vil være riktig i rapporteringen for april når budsjettversjonen Milestone 2 blir grunnlaget for rapporteringen. Dette medfører høyere negative avvik knyttet til lønn enn det som er reelt.

¹ Inntekter har minus som fortegn.

1. Sammendrag

Fakultetet har et noe svakere økonomisk resultat per mars 2025 sammenlignet med samme periode i 2024, noe som var forventet (regnskap hittil i år sammenlignet med regnskap hittil i fjor i tabell 1). Men sammenligner man budsjett med kostnader per mars 2025 så er avviket positivt. Samlet sett er det forventet en positiv overføring på om lag 5 mill. kr. fra 2025 til 2026 for grunnbevilgningen.

Bidrags- og oppdrags-inntektene (BOA-inntektene) har økt med 7,5 % sammenlignet med mars 2024, selv om aktiviteten er noe lavere enn budsjettet per mars 2025.

2. Bevilgningsøkonomien – Status per mars 2025

Ved utgangen av mars viser regnskapet at kostnadene er høyere enn inntektene, og fakultetets samlede driftsresultat er negativt med 8,1 mill. kr., og også 2 mill. kr. dårligere enn på samme tidspunkt i 2024 (6,1 mill. kr.).

Regnskapsresultat inkludert overføringene på 19,7 mill. kr. fra 2024 er per mars på om lag 11,7 mill. kr., som er 5,1 mill. kr. over det budsjetterte budsjettavviket per mars.

Tabell 1: Bevilgning per mars 2025 (tall i 1000 kr.)

Bevilgning (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil i år)	Regnskap (hittil i år)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
3 Inntekter	-812 811	-198 087	-199 649	1 562	-205 682	-6 033
4 Varekostnad	9 365	2 995	3 606	-611	3 055	-551
5 Lønn	661 304	170 349	179 878	-9 529	169 115	-10 763
6-7 Annen drift	135 151	28 319	28 964	-645	27 206	-1 757
8-9 Finans/interhandel	21 724	9 644	-4 726	14 371	12 422	17 148
Kostnader	827 544	211 307	207 721	3 586	211 797	4 077
Periodens resultat	14 733	13 219	8 072	5 148	6 115	-1 956
Overføring foregående år	-19 733	-19 733	-19 733		-19 110	622
Resultat inkl. overføringer	-5 000	-6 514	-11 662	5 148	-12 995	-1 335

2.1 Avvik i bevilgningsøkonomien per mars

Sammenlignet med budsjett er de største avvikene i bevilgningsøkonomien som følger:

Positive avvik:

- Høyere inntekter enn budsjettert (1,6 mill. kr.)
 - Dette skyldes lavere investeringer enn budsjettert (2,4 mill. kr.)
 - Pasientinntektene er høyere enn budsjettert (0,9 mill. kr)
- Internhandel er om lag 14,4 mill. kr. lavere enn budsjettert.

Negative avvik:

- Varekostnader er om lag 0,6 mill. kr. høyere enn budsjettert. Det forventet at kun er et midlertidig overforbruk og at dette vil jevne seg ut i løpet av året.
- Lønn, inkludert gjeld for ferie/fleksitid og refusjoner, er 9,5 mill. kr. høyere enn budsjettert. Om lag 4,9 mill. kr. av dette er knyttet til periodiseringsfeil, som vil være korrigert fra april, når revidering av

budsjettet er ferdig. Avviket er knyttet til faste stillinger, og det kan nevnes at fakultetet per mars har 5 stipendiatarverk mer enn budsjettet (ved årets start var dette tallet 15), da man i lang tid har kunnet ha flere stipendiater enn man har fått tildeling fra KD til, men dette blir nå redusert.

- Overforbruk på BOA er på om lag 1,5 mill. kr., noe som er 1,7 mill. kr. høyere som budsjettet da det er forventet at man samlet sett skal ha positivt internoverføring på denne posten. Det er forventet at dette vil bedres i løpet av året.

Tabell 2: Bevilgning per enhet per mars 2025 (tall i 1000 kr.)

Enhet/institutt	Budsjettet resultat per mars 2025	Regnskap per mars 2025	Avvik (budsjett minus regnskap)	Regnskap per mars 2024
Fellesmidler	5 901	-3 815	9 715	-7 922
Fakultetsadm. (inkl. REK og GSU)	-1 862	-3 102	1 240	-961
Sum fak.ledd	4 039	-6 917	10 956	-8 883
1314 IBM	3 307	-490	3 797	475
1319 IKO	2 824	3 990	-1 166	892
1324 K1	-33	2 149	-2 182	2 115
1325 K2	1 515	8 718	-7 203	10 801
1326 IGS	1 567	621	946	715
Sum institutter	9 180	14 988	-5 808	14 998
SUM FAKULTET	13 219	8 072	5 148	6 115

Fakultetets **fellesmidler** har et positivt avvik på 9,7 mill. kr., og Inntekter har vært høyere, og kostnadene har vært lavere enn budsjettet. På fakultetets fellesmidler ligger alle KD-stipendiatene budsjettet, husleien for hele fakultetet, ufordelte midler til vestlandslegen, midler til klimasatsing samt ufordelte investeringsmidler (5 mill.kr.). Underforbruket forklares hovedsakelig med betydelig lavere driftskostnader enn budsjettet. Det er forventet at avviket reduseres utover i året, at mye er periodiseringsavvik, og at kostnader vil påløpe mot slutten av året.

Fakultetsadministrasjonen har et avvik mellom budsjett og regnskap på 1,2 mill. kr., som skyldes en kombinasjon av lavere lønnskostnader enn budsjettet, samt interne overføringer av frikjøp tidligere enn budsjettet.

Institutt for biomedisin (IBM) har et positivt avvik mellom budsjett og regnskap på om lag 3,8 mill. kr., blant annet på grunn av lavere lønnskostnader enn budsjettet, samt høyere bidrag fra BOA-virksomheten inn i bevilgningsøkonomien. BOA-aktiviteten er per mars om lag 5,7 mill. kr. høyere enn budsjettet.

Regnskapsresultatet for **Institutt for klinisk odontologi** per mars viser et negativt avvik mellom budsjett og regnskap på om lag 1,2 mill. kr. noe som først og fremst skyldes høyere varekostnader til klinikken, høyere lønnskostnader enn budsjettet, samt høyere andre driftskostnader. Instituttets inntekter er noe usikre i 2025, og det er søkt om refusjon fra HOD knyttet til spesialistutdanningen på 2,1 mill. kr. mer enn budsjettet, noe som vil forbedre resultatet om man får gjennomslag for dette. BOA-inntektene er lavere enn tidligere år, da mange prosjekt er avsluttet og der er per nå få nye tildelte prosjekter. Men det er sendt inn et høyt antall søknader av god kvalitet, så det er forventet at dette vil ta seg noe opp.

Klinisk institutt 1 har et negativt avvik per mars på om lag 2,2 mill. kr., men dette skyldes primært periodiseringsfeil, og det er forventet at dette korrigeres i løpet av året. BOA-aktiviteten er 3,5 mill. kr. lavere enn budsjettet, men man har sendt et rekordhøyt antall søknader som man venter svar på.

Tilbakemeldingen fra **Klinisk institutt 2** er at de er i gang med rebudsjettering av BOA-prosjekt, men at dette arbeidet er langt mer omfattende enn forventet og dermed også mer tidkrevende enn først antatt. De har dermed ikke hentet ut alle inntekter som man kan ta ut fra BOA til bevilgning. Per mars har instituttet et negativt avvik på om lag 7,2 mill. kr. Det jobbes videre med å finne innsparingspotensial både ift. stillinger, areal og på andre områder.

Institutt for global helse og samfunnsmedisin har et positivt resultat på om lag 1 mill. kr. per mars. Inntektene er noe høyere enn budsjettet, og andre driftskostnader er noe lavere enn budsjettet. BOA-aktiviteten er helt som budsjettet.

2.2 Prognose bevilgning

Fakultetet forventer samlet sett å ha en positiv overføring på 5 mill. kr., og forventer å bruke om lag 14,7 mill. kr. mer enn tildelingen for 2025. Fra 2024 til 2025 overførte fakultetet en gjeld på -7,8 mill. kr. i annuumsøkonomien, dette er forventet å forverres med om lag -9,5 mill. kr., noe som betyr at prognosen er et overforbruk i annuumsøkonomien.

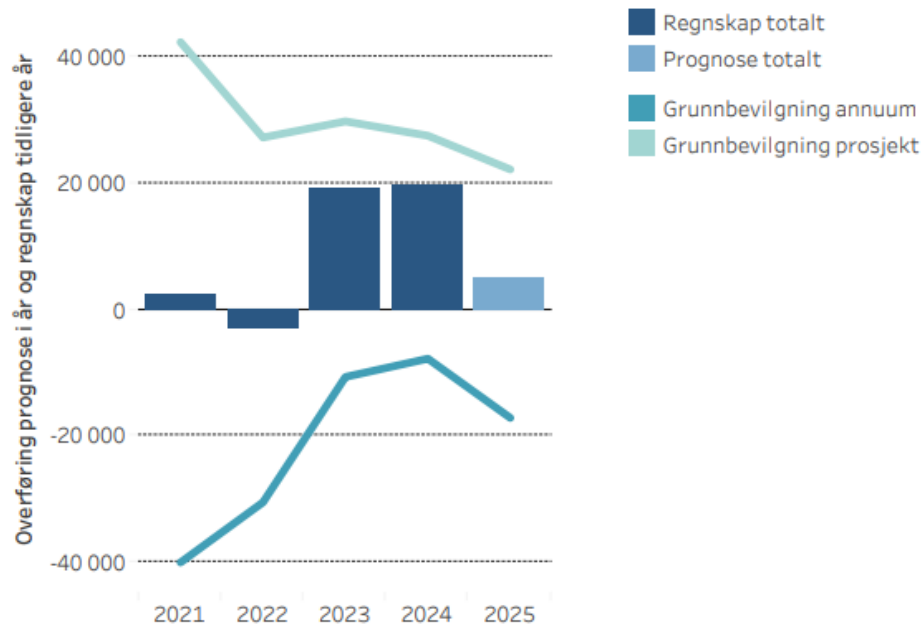
Fakultetet overførte 27,5 mill. kr. i ubrukte øremerkede midler fra 2024 til 2025, men det er forventet å redusere denne positive avsetningen med om lag 5,2 mill. kr. slik at overføringen fra 2025 til 2026 er forventet å være om lag 22,3 mill. kr. i øremerkede midler.

Tabell 3: prognose overføring bevilgning per mars 2025 (tall i 1000 kr.)

	Overført fra 2020	Overført fra 2021	Overført fra 2022	Overført fra 2023	Overført fra 2024	Prognose overføring til 2026	Prognose årets resultat
Annuum	-17 484	-40 073	-30 550	-10 687	-7 792	-17 284	-9 492
Øremerket	37 361	42 351	27 239	29 798	27 525	22 284	-5 241
Sum	19 878	2 278	-3 310	19 111	19 733	5 000	-14 733

Fakultetet har et betydelig underskudd i annuumsdelen av økonomien, og det er overskuddet i øremerkede midler som er årsaken til at man faktisk har en forventning om en positiv overføring. Dette er det søkelys på å forbedre.

Figur 1: Overføring grunnbevilgningen annuum/øremerket, regnskap tidligere år og prognose i år



Tabell 4: Prognose for overføring fra 2025 til 2026 per enhet (tall i 1000 kr.)*

Enhet/institutt	Overføring til 2025	Gammel prognose overføring fra 2025 til 2026	Ny prognose overføring fra 2025 til 2026	Differanse overført til 2025 og ny prognose overføring til 2026
Fellesmidler	11 618	13 769	10 265	-1 353
Fakultetsadm. (inkl. REK og GSU)	3 354	3 444	3 344	-9
Sum fak.ledd	14 972	17 213	13 609	-1 362
1314 IBM	14 515	12 131	14 211	-304
1319 IKO	-905	-5 525	-6 455	-5 550
1324 K1	-4 156	-4 931	-4 659	-503
1325 K2	-28 393	-33 692	-33 227	-4 834
1326 IGS	23 700	19 803	21 521	-2 179
Sum institutter	4 761	-12 213	-8 610	-13 370
SUM FAKULTET	19 732	5 000	5 000	-14 732

*NB: Negative tall er underskudd

2025 er et år med stram økonomi. Instituttene har blitt utfordret på å forbedre prognosene sine for overføring fra 2025 til 2026, men alle enheter med positive avsetninger med seg inn i 2025 forventer å redusere disse, og alle enheter med negative avsetninger øker den negative avsetningen. Samlet sett reduseres avsetningene med 14,7 mill. kr. i 2025.

3. Eksternfinansiert aktivitet – Bidrags- og oppdragsvirksomheten (BOA) – status per mars 2025

Den eksterne aktiviteten er 3,1 mill. kr. lavere enn budsjett per mars, men 7,2 mill. kr. høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Lønnskostnader ligger 3,7 mill. kr. over budsjett, og 1,3 mill. kr. høyere enn i samme

periode i fjor, noe som gir en indikasjon på at den underliggende fremdriften i prosjektene er sterkere enn både budsjettert og fjoråret.

Tabell 4: Eksternfinansiert virksomhet per mars 2025 (tall i 1000 kr.)

Eksternfinansiert virksomhet (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil)	Regnskap (hittil)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
NFR	154 000	46 345	42 514	-3 831	37 600	4 914
EU	39 000	10 156	8 052	-2 105	5 480	2 571
Andre	199 000	49 962	52 769	2 806	53 030	-262
Sum BOA	392 000	106 463	103 334	-3 129	96 110	7 223

NFR- og EU aktiviteten er lavere enn budsjettert, men likevel henholdsvis 4,9 og 2,6 mill. kr. høyere enn per mars 2024. Det er andre bidragsytere (Mohn, Jebsen, Kreftforeningen med flere) som øker mest sammenlignet med budsjett (2,8 mill. kr.), men er likevel noe lavere enn på samme tidspunkt i fjor (0,26 mill. kr.).

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret tar saken Økonomistatus per mars til orientering.

Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
fakultetsdirektør

29.04.2025/Kristine Tangen

Økonomirapport for mars 2025

Fra det medisinske fakultet

1. Status, avvik og prognoser

Prognosen for både bevilgningsøkonomien og resultatet for BOA-økonomien holdes som budsjettet da det er for tidlig å si noe mer sikkert om utviklingen de neste månedene. Spesielt det forsinkede lønnsoppgjøret for 2024, samt hva man kan forvente av lønnsoppgjøret for 2025 skaper stor usikkerhet. I budsjettet for grunnbevilgningen i 2025, i budsjettversjonen Milestone 1 som er grunnlaget for denne rapporten, ligger det periodiseringsfeil knyttet til lønnsoppgjøret for 2024, som får innvirkning på avvikene mellom budsjett og regnskap. Dette jobbes det med å korrigere, og det vil være riktig i rapporteringen for april når budsjettversjonen Milestone 2 blir grunnlaget for rapporteringen.

Det medisinske fakultet har meldt inn en forventet positiv overføring på 5 mill. kr. i bevilgningsøkonomien fra 2025 til 2026. Med et akkumulert overskudd på 19,7 mill. kr. fra 2024 tilsier det et negativt årsresultat på 14,7 mill. kr. i 2025. For BOA er måltallet 392 mill. kr. i 2025, noe som er 16 mill. kr. høyere enn budsjettet for 2024, men 16,4 mill. kr. lavere enn regnskapet for 2024 viste. Prognoser for BOA-aktivitet er alltid veldig usikre, og fakultetet har bevisst lagt seg på nøkternt nivå selv om målsetningen er å klare å levere en høyere BOA-aktivitet.

2. Avviksforklaring bevilgning

Ved utgangen av mars er fakultetets driftsresultat negativt med 8,1 mill. kr. Akkumulert resultat inkludert overføringer viser et overskudd på 11,7 mill. kr., noe som er 5,9 mill. kr. høyere enn budsjettet per mars, som i all hovedsak skyldes lavere kostnader knyttet til internhandel.

Tabell 1: Bevilgning pr. mars 2025 (tall i 1000 kr.)

Bevilgning (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil i år)	Regnskap (hittil i år)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
3 Inntekter	-812 811	-198 087	-199 649	1 562	-205 682	-6 033
4 Varekostnad	9 365	2 995	3 606	-611	3 055	-551
5 Lønn	661 304	170 349	179 878	-9 529	169 115	-10 763
6-7 Annen drift	135 151	28 319	28 964	-645	27 206	-1 757
8-9 Finans/interhandel	21 724	9 644	-4 726	14 371	12 422	17 148
Kostnader	827 544	211 307	207 721	3 586	211 797	4 077
Periodens resultat	14 733	13 219	8 072	5 148	6 115	-1 956
Overføring foregående år	-19 733	-19 733	-19 733		-19 110	622
Resultat inkl. overføringer	-5 000	-6 514	-11 662	5 148	-12 995	-1 335

Inntektene er per mars 1,6 mill. kr. høyere enn budsjettet, i all hovedsak på grunn av lavere investeringer enn planlagt. Se også tabell 2 under.

Varekostnader er pr. mars om lag 0,6 mill. kr. høyere enn budsjettet, men det er forventet at dette kun er et midlertidig overforbruk og at det vil jevne seg ut i løpet av året.

Lønn, inkludert gjeld for ferie/fleksitid og refusjoner, er 9,5 mill. kr. høyere enn budsjettet. Om lag 4,9 mill. kr. av dette er knyttet til periodiseringsfeil, som vil være korrigert fra april, når revidering av budsjettet er ferdig. Avviket er knyttet til faste stillinger, og det kan nevnes at fakultetet har per mars 5 stipendiatårsverk

mer enn budsjettert (ved årets start var dette tallet 15), da man i lang tid har kunnet ha flere stipendiater enn man har fått tildeling fra KD til, men dette blir nå redusert.

Andre driftskostnad (kontokl. 6 og 7) er 0,6 mill. kr. høyere enn budsjett, men justert for avskrivninger er avviket 1,6 mill. kr. lavere enn budsjett. Overforbruket er knyttet til leie av utstyr samt kjøp av tjenester som undervisningstjenester og laboratorietjenester.

Internhandel er om lag 14,4 mill. kr. lavere enn budsjettert. Overforbruk på BOA er på om lag 1,5 mill. kr., noe som er 1,7 mill. kr. høyere som budsjettert da det er forventet at man samlet sett skal ha positivt internoverføring på denne posten. Totalt er nettobidraget i kontokl. 94 på 44,9 mill. kr., noe som er om lag 0,9 mill. kr. lavere inntekter enn budsjettert. Da man vet at BOA-oppfølgingen ved noen institutt ikke er helt ajour så er det forventet at dette skal forbedres i løpet av året.

Tabell 2: Inntekter spesifisert per mars 2025 (tall i 1000 kr)

Inntekter spesifisert (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil i år)	Regnskap (hittil i år)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
Instituttinntekter	-71 000	-18 736	-18 872	137	-18 290	582
KD-inntekter	-741 811	-189 065	-189 064	-1	-181 576	7 489
Investeringer	27 000	16 968	14 565	2 402	1 462	-13 104
Avskrivninger	-27 000	-7 255	-6 279	-976	-7 279	-1 000
Inntekter	-812 811	-198 087	-199 649	1 562	-205 682	-6 033

Inntektene er 1,6 mill. kr. høyere enn budsjett, og justert for avskrivninger (uten resultateffekt) er inntektene om lag 2,5 mill. kr. høyere enn budsjettert. Hovedårsaken til dette er at investeringene er 2,4 mill. kr. lavere enn budsjettert per mars. Avskrivningene er lavere enn budsjettert, mens instituttinntektene og KD-inntektene er omtrent som budsjettert. Det er forventet at investeringene vi øke i løpet av året.

2.1 Fakultet 19

Innovest-midlene utgjorde 6,6 mill. kr. ved årets start. Det var ikke budsjettert med bruk av midlene i 2025, men det er per mars brukt om lag kr. 82.000.

3. Avviksforklaring BOA

Tabell 3: Eksternfinansiert virksomhet per mars 2025 (tall i 1000 kr)

Eksternfinansiert virksomhet (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil)	Regnskap (hittil)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
NFR	154 000	46 345	42 514	-3 831	37 600	4 914
EU	39 000	10 156	8 052	-2 105	5 480	2 571
Andre	199 000	49 962	52 769	2 806	53 030	-262
Sum BOA	392 000	106 463	103 334	-3 129	96 110	7 223

Den eksterne aktiviteten er 3,1 mill. kr. lavere enn budsjett pr. mars, men 7,2 mill. kr. høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Samlet lønnsaktivitet ligger 3,7 mill. kr. over budsjett, og er også 1,3 mill. kr. høyer enn i samme periode i fjor, noe som gir en indikasjon på at den underliggende fremdriften i prosjektene likevel er noe høyer enn på samme tidspunkt i fjor. Driftskostnadene er 8,9 mill. kr. lavere enn budsjettert, mens postene knyttet til internhandel er om lag 2 mill. kr. høyere enn budsjettert.

Per mars hadde enhetene inntektsført 3,8 mill. kr. mindre enn budsjettert fra NFR, men NFR-inntektene er 4,9 mill. kr. høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Inntekter fra EU-prosjektene er 2,1 mill. kr. lavere enn budsjettert, men om lag 2,6 mill. kr høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Inntekter fra andre bidragsytere er 2,8 mill. kr. høyere enn budsjettert, men 0,3 mill. kr. lavere enn på samme tidspunkt i fjor. Alle instituttene har fokus på å øke BOA-aktiviteten, og da primært fra NFR og EU, noe tallene også viser når man sammenligner aktiviteten med fjoråret. Flere institutt er ikke ajour ift. BOA-oppfølgning, men dette jobbes det aktivt med.

4. Prognoser

Prognose for bevilgningen er et forventet overskudd på 5 mill. kr. Det arbeides videre med å utnytte mulighetene som ligger i finansiering fra BOA til bevilgning i enda større grad (frikjøp, leiested og overhead). Den er høyere risiko i bevilgningsøkonomien i 2025 enn tidligere, både knyttet til stillinger, men også knyttet til den geopolitiske uroen og hvordan nye tollsatser vil påvirke investeringer i utstyr samt kjøp av forbruksmateriell, analyser etc. I tillegg er det også knyttet usikkerhet til årets lønnsoppgjør, og om effekten av dette blir høyere enn det man har avsatt midler til. Det jobbes aktivt både på fakultets- og instituttnivå med å skape et økonomisk handlingsrom slik at fakultetsøkonomien på lang sikt kan forbli solid på tross av bevilgningskutt og lavere pris- og lønnskompensasjon enn reell kostnadsøkning.

Samlet sett planlegger fakultetet å redusere avsetningene med om lag 14,7 mill. kr. i 2025, og dette medfører at resultatet for annuumsøkonomien blir lavere sammenlignet med 2024, og prognosen er en negativ annuumsoverføring på om lag 17,3 mill. kr. fra 2025 til 2026.

Prognosen for de øremerkede midlene er også negativ for 2025, og det forventes å redusere øremerkede overføringer med om lag 5,2 mill. kr. i 2025, og fakultetet samlet sett forventer å overføre totalt om lag 5 mill. kr. fra 2025 til 2026.

Tabell 4: Prognose overføring bevilgning pr. mars 2025 (tall i 1000 kr.)

Bevilgning (overføring)	Overført fra 2024	Budsjett		Prognose	
		Årets resultat	Overføring 2025	Årets resultat	Overføring 2026
Annuum	-7 792 000	-9 492 000	-17 284 000	-9 492 000	-17 284 000
Øremerket	27 525 000	-5 241 000	22 284 000	-5 241 000	22 284 000
Sum	19 733 000	-14 733 000	5 000 000	-14 733 000	5 000 000

Prognosen for BOA-aktiviteten er på 392 mill. kr. totalt. Per mars viser regnskapet et negativt avvik sammenlignet med budsjett, men aktiviteten er høyere per mars i 2025 enn den var i 2024, det forventes at aktiviteten justeres opp til budsjettert nivå i løpet av året.

Tabell 5: Prognose BOA per mars 2025 (tall i 1000 kr.)

Ekstern finansiert(BOA)	Budsjett2025	Prognose2025
NFR	154 000 000	154 000 000
EU	39 000 000	39 000 000
Andre	199 000 000	199 000 000
Sum BOA	392 000 000	392 000 000

5. Utvikling i forholdstall mellom administrative og vitenskapelige årsverk

Per mars er forholdstallet mellom administrative og vitenskapelige årsverk i bevilgningen hhv. 18,03 % og 81,97 %. Forholdstallet har ligget stabilt på 19-20 % / 80-81 % de siste årene, men andelen vitenskapelige har økt i 2025 sammenlignet med 2024. Mye av denne endringen fremkommer på bakgrunn av at fakultetet har 13,2 årsverk flere KD-finansierte stipendiater og postdoktorer per mars 2025 enn man hadde i mars 2024. Merk at teknisk ansatte ikke er inkludert i forholdstallet mellom administrative og vitenskapelige årsverk.

Antall ansatte på grunnbevilgningen var 712,8 i mars 2025, mot 694,9 i mars i 2024, og fakultetet har altså en økning på 17,9 årsverk.

Antall ansatte tilknyttet BOA-virksomheten var 174,2 i mas 2025, mot 180,8 i mars 2024, og fakultetet har da en reduksjon på 6,6 årsverk. Årsaken til denne nedgangen er blant annet problemer med rekruttering til stillinger, forsinkelser i prosjekt, samt at BOA-finansiering av stillinger har tatt slutt og de er flyttet over i bevilgningen. I tillegg har fakultetet fokus på å i større grad frikjøpe allerede tilsatte personer inn i BOA-prosjektene heller enn å tilsette nye ansatte, noe som også forklarer deler av nedgangen.



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2024/6816
Styresak
33/25

Dokumentdato
29.04.2025
Møtedato
07.05.2025

Økonomistatus for Vestlandslegen 2020-2025

Bakgrunn

Det medisinske fakultet har fått tildelt 60 nye studieplasser i medisin (20 plasser i 2020, 2024 og 2025) i en desentralisert modell. Studentene på disse kullene har sine første tre studieår i Bergen, og de tre siste i henholdsvis Stavanger (40 studieplasser) og Førde (20 studieplasser). Styret har jevnlig vært orientert om ulike aspekter ved Vestlandslegen, men det er ikke gitt en fullstendig økonomisk oversikt. I denne saken gis det en oversikt over inntektene og kostnadene i perioden 2020 – 2025.

Å bygge opp nye campus på to ulike steder, er økonomisk krevende. Det som skiller tildelingen av disse studieplassene fra tidligere tildelinger, er at det bygges opp nye campuser på to ulike steder. Pr i dag har de to første kullene startet opp i Stavanger og aktiviteten i Førde er under planlegging. Videre oppbygging av Vestlandslegen er avhengig av tildeling av flere studieplasser. Det er et sterkt ønske fra Helse Vest om at de neste studieplassene som tildeles, skal legges til Hugesund.

Vestlandslegen er bygget opp som en integrert del av medisinstudiet ved fakultetet og ikke som en egen enhet. Bruken av midlene kan derfor ikke skilles ut fra regnskapet ved et institutt eller for fakultetet som helhet. Denne oversikten er derfor basert på de tildelingene som er gjort til stillinger, areal, prosjektkostnader og investeringer.

Oversikten under viser inntekter og kostnader i perioden, og til og med 2025 har fakultetet samlet sett hatt betydelig høyere kostnader enn inntekter.

Tabell 1: Overordnet oversikt over kostnader og inntekter (tall i 1000 kr)

Sammenstilt økonomi	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Inntekter	2 500	9 100	10 600	21 600	31 800	51 700
Kostnader	3 600	11 800	18 700	22 300	32 900	44 000
Resultat	-1 100	-2 700	-8 100	-700	-1 100	7 700
Akkumulert resultat		-3 800	-11 900	-12 600	-13 700	-6 000

Inntekter 2020 – 2025

Inntektene er i hovedsak knyttet til KD-inntekter. I UiB sin fordelingsmodell, får fakultetene 75% av KD-tildelingen. I tillegg har UiB gitt ekstra støtte knyttet til oppstart av studiet på nye campuser som er inkludert i oversikten.

I inntekstberegningene er det også hensyntatt strategi- og effektiviseringskutt i perioden.

Tabell 2: Oversikt over inntektsutvikling 2020-2025 (tall i 1000 kr.)

Inntektsutvikling	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Studieplasser	1 900	5 800	9 900	14 300	21 900	34 000
Studiepoeng	-	-	900	2 700	4 800	8 300
Beholde 100% av KD fin.	600	1 900	-	-	700	3 000
KD støtte areal i stavanger						1 800
Støtte fra UiB	2 000	1 500		5 000	5 000	5 000
Sum inntekter	2 500	9 200	10 800	22 000	32 400	52 100
KD og UiB kutt i bevilgning	-	100	200	400	600	400
Netto årlig inntekt	2 500	9 100	10 600	21 600	31 800	51 700

Inntektene knyttet til Vestlandslegen har økt til nær 52 millioner kroner. Inntektene vil øke fremover i takt med de 3 x 20 studieplassene som nå er gitt og vil være fullt utbygget i 2033. Når og med hvilke betingelser nye studieplasser vil komme, er ikke kjent. Per nå må det derfor planlegges ut fra de kjente rammene.

Kostnader 2020 – 2025

Kostnadene knyttet til oppstart av studiet på nye campuser er i hovedsak knyttet til undervisningsressurser, administrasjon, arealkostnader og investeringer. For de tre tildelingene fakultetet har fått, er det øremerket oppstart i Stavanger og Førde i tillegg til kapasitetsbygging i Bergen.

Studiemodellen forutsetter at studentene først går 3 år i Bergen og så tre år i Stavanger eller Førde. De 60 studieplassene som er tildelt så langt, vil gi 180 flere studenter i Bergen hvert år når de er ferdig utbygget. Dette krever at det prioriteres bemanning, areal og investeringer også i Bergen. Det er flere utredninger knyttet til undervisningsformer, utnyttelse av undervisningsareal, investeringsbehov, administrasjon med mer som vil være med å sette rammer for ressursbruken fremover.

Det pågår også dialog med de sykehusene som er vertskap for studentene i Bergen, Stavanger og Førde samt andre undervisningsinstitusjoner om samarbeid fremover. På sikt vil dette kunne påvirke ressursbruken.

I denne saken er fokus hvordan midlene er disponert per i dag.

Tabell 3: Oversikt over disponering av midler 2020-2025 (tall i 1000 kr.)

Kostnader	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Faglige stillinger Bergen	600	5 700	5 900	7 400	11 500	13 400
Faglige stillinger Stavanger	-	600	5 900	9 800	12 800	15 400
Faglige stillinger Førde	-	-	-	-	-	300
Administrative Bergen	2 800	3 300	3 400	3 100	3 700	3 800
Administrative Stavanger	-	-	-	800	1 600	1 700
Samarbeidsmidler	-	-	-	-	600	600
Studentstipend/Flytte	-	-	-	300	300	-
Reiser	100	100	-	300	400	-
Undervisningsutstyr/-materiell	-	2 000	3 100	400	1 200	500
Møbler Stavanger	-	-	-	-	-	1 500
Husleie Stavanger	-	-	-	-	-	6 300
Drift	100	100	400	200	800	500
Sum kostnader	3 600	11 800	18 700	22 300	32 900	44 000

Stillinger

Det er oppbemannet med 10 flere faglige årsverk i Bergen i denne perioden. I Stavanger er det til sammen 11,5 faglige årsverk som i hovedsak er i stillingsbrøker mellom 20 % og 50 %. I Førde er det planlagt å tilsette en faglig koordinator i løpet av høsten 2025.

Det er satt av administrative ressurser knyttet til prosjekt og studieadministrasjon både i Bergen og Stavanger med til sammen 6,5 årsverk.

Arealer

Per i dag har ikke arealkostnadene i Bergen økt som følge av flere studieplasser. Det arbeides for å se hvordan dagens arealer kan utnyttes best mulig. For å få dette til, vil det være nødvendig å bruke noe midler til tilpasninger og ombygging, men i hvilket omfang er ikke klart enda.

I Stavanger har det en tid vært klart at det ikke vil være tilstrekkelig plass til vår aktivitet på det nye sykehuset. Dette er løst gjennom at det leies undervisningslokaler i tilknytning til det nye sykehusbygget. Lokalene vil overtas høsten 2025, og det har ikke påløpt ekstra husleiekostnader frem til nå, men det vil påløpe i 2025 både i form av husleie og ombyggings-/tilpasningskostnader. I et vanlig driftsår, forventes husleien i Stavanger å bli om lag 8 millioner kroner.

I Førde er det endelige arealbehovet kartlagt, og de første studentene skal til Førde høsten 2028.

Investeringer

Det har vært investert i undervisningsutstyr i nesten hele perioden. I de første årene hovedsakelig i Bergen, men nå også nødvendig utstyr til undervisning i Stavanger. Fremover vil det også være behov for blant annet å øke kapasiteten til ferdighetstrening i Bergen.

Prosjekt

De første studentene er enda ikke ferdig i Vestlandslegen. Det meste som gjøres, blir gjort for første gang. Det er derfor nødvendig å opprettholde en prosjektorganisasjon en stund fremover også, dette er stillinger som inngår som administrasjon og delvis faglige årsverk i oversikten ovenfor.

Drift

Økt antall studenter og flere campuser gir økte driftskostnader, og større reiseaktivitet mellom campusene er nødvendig. Det er satt av midler til samarbeid mellom fagmiljøene på de ulike stedene, men også midler for mer administrative reiser i prosjektperioden.

Oppsummert

Tildelingen til nye studieplasser er basert på utvidelse innenfor et allerede eksisterende studieprogram. Å etablere seg på 3 nye steder, er et stort økonomiske løft, og det er derfor nødvendig å prioritere ressursbruken for å prøve å ta ut synergier det er mulig.

For å klare å gjennomføre økningen i studieplasser, er det viktig å komme i mål med alle prosjektene som f. eks undervisningsformer, arealutnyttelse og administrasjon, noe det jobbes aktivt med.

Dekanens kommentar

Å bygge opp en utdanning på flere campus er krevende, og noe nytt både for fakultetet og for UiB. Fremdeles er man i en oppbyggingsfase, noe fakultetet kommer til å være i fremover i flere år. Videre opptrappingsplan utover de 60 studieplassene som allerede er tildelt er uklar, noe som gjør langtidsplanlegging utfordrende. Det er et sterkt ønske fra Helse Vest om at de neste studieplassene som tildeles skal legges til Haugesund, men når fakultetet eventuelt får nye studieplasser vet man ikke på det nåværende tidspunkt.

Det legges ned et betydelig arbeid i både planlegging og gjennomføring av denne studiemodellen da det er adskillig mer krevende å bygge opp studietilbud med kvalifisert undervisningspersonale, nye bygg, utstyr og annen infrastruktur på nye campus sammenlignet med å ta inn studenter i allerede eksisterende studiemiljø. Tildelingene fra KD er også lik uansett hvor man har studentene, og tar ikke hensyn til

merkostnader ved flercampusmodeller. I tillegg tar det tid før man får full uttelling i KD sitt finansieringssystem, og kostnadene kommer som oftest lenge før inntektene.

Fakultetet har gjort seg noen erfaringer i oppbyggingen av campus i Stavanger, som man drar nytte av i det videre arbeidet med å bygge opp campus i Førde og på sikt også Haugesund, og målsetningen er å bygge en medisinnutdanning som kan styrke hele vestlandsregionen.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret tar saken Økonomistatus for Vestlandslegen til orientering

Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
fakultetsdirektør

29.04.2025/Beathe Bjørneberg



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2024/6816
Styresak
34/25

Dokumentdato
28.04.2025
Møtedato
07.05.2025

Ny inntektsfordelingsmodell ved Det medisinske fakultet fra 2026

Bakgrunnsdokumenter

- Fakultetsstyresak:
 - 61/24 *Prosjekt for ny inntektsfordelingsmodell for Det medisinske fakultet – Bakgrunn og mandat*
 - 18/25 *Løypemelding fra inntektsfordelingsutvalget ved Det medisinske fakultet*

Bakgrunn

Arbeidet med å vurdere endringer i inntektsfordelingsmodellen ved Det medisinske fakultet ble startet med bakgrunn i at både KD og UiB har endret sin inntektsfordelingsmodell. Fakultetsstyret vedtok i september 2024 opprettelse av prosjektgruppe, styringsgruppe og mandat for arbeidet.

Prosjektgruppen utarbeidet forslag til tre alternative modeller, samt også elementer som eventuelt kunne inngå, og et notat med beskrivelse av modeller og elementer ble sendt ut på høring til institutter og dekanat. Høringsfristen var 21. mars, og alle enhetene hadde sendt inn sine uttalelser innen fristen.

Det ble avholdt tre møter med styringsgruppen, og alle elementene i arbeidsgruppens forslag ble drøftet. Det var gode og konstruktive diskusjoner, og flertallet i styringsgruppen var omforent om forslaget som presenteres i denne saken.

1. Overordnet oversikt over enhetenes tilbakemeldinger i høringen

Høringssvarene fra instituttene og dekanatet var til dels omfattende, og alle har gjort et betydelig arbeid med å sette seg inn i de forholdsvis komplekse problemstillingene og prøvd å vurdere for og imot de ulike løsningene, samt hva som vil gagne de respektive enhetene fremover. Alle høringssvarene er vedlagt.

Under er en oversikt over enhetenes tilbakemeldinger, om de støtter forslagene i arbeidsgruppens rapport eller ikke.

Tabell 1: Oversikt over enhetenes høringssvar

	Totalmodell	Investeringer	Ordning for nulldekningsbidragsprosjekt	Rekrutteringsstillinger	Fak.adm og fellesmidler
Dekanat	Aktivitetsbasert modell	Støtter ikke forslaget.	Støtter ikke forslaget.	Støtter ikke forslaget.	Ikke klart svar.
IBM	Aktivitetsbasert modell	Støtter ikke forslaget.	Støtter forslaget.	Ønsker noen ph.d. stillinger ut på instituttene	Ikke klart svar.
IKO	Aktivitetsbasert modell	Støtter ikke forslaget.	Støtter forslaget.	Ønsker noen ph.d. stillinger ut på instituttene	Ikke klart svar.
K1	Aktivitetsbasert modell	Støtter ikke forslaget.	Støtter forslaget.	Støtter ikke forslaget.	Støtter forslaget
K2	Aktivitetsbasert modell	Støtter ikke forslaget.	Støtter forslaget.	Støtter ikke forslaget.	Støtter forslaget
IGS	Resultatbasert modell 1, - 75/25	Støtter forslaget om 80/20 finansiering	Ikke klart svar.	Støtter forslaget.	Ikke klart svar.

Det ble besluttet at modellen som innføres i 2026 skal evalueres etter 2 år og at det da vil være mulig å gjøre eventuelle endringer og tilpasninger om man ser at det er behov for det.

2. Gjennomgang av de ulike elementene som var på høring

2.1. Valg av totalmodell

I arbeidsgruppens forslag ble enhetene bedt om å ta stilling til om de ønsket det som ble kalt en aktivitetsbasert modell eller en resultatbasert modell. Frem til og med 2025 har instituttene fått tildelt midler i en modell som er svært lik det som er definert som en aktivitetsbasert modell.

Tabell 2: Oversikt over fordeling av budsjett 2025 i aktivitetsbasert modell (nåværende modell)

Fordeling av budsjetttramme KD-midler til instituttene for 2025					
	IBM	IKO	K1	K2	IGS
Basisramme	64 967 000	74 558 000	64 305 000	81 706 000	64 564 000
KD-inntekter annum	3 377 000	2 309 000	7 006 000	6 598 000	6 281 000
KD-inntekter øremerket	1 035 000	1 314 000	1 206 000	1 718 000	2 833 000
Sum	69 379 000	78 181 000	72 517 000	90 022 000	73 678 000

Alle har hatt en stor basistildeling som har blitt lønns- og prisjustert årlig, og de har fått tilleggstilldelinger (lagt i KD-inntekter annum eller KD-inntekter øremerket) basert på endrede forutsetninger i driften, som når man har fått tilført en stilling for å ta med mer undervisning knyttet til oppbygging av vestlandslegen. Om slike tildelinger har blitt permanente, har de etter noen år blitt flyttet opp i basisrammen. Basisrammen blir automatisk lønns- og priskompensert, justert for generelle, prosentmessige nedtrekk fakultetet har fått,

enten fra Kunnskapsdepartementet (KD) eller fra UiB. Flere av postene i KD-inntekter annuum får også tilsvarende lønns- og priskompensasjon, mens KD-inntekter øremerket i stor grad er midler til stipendiater og andre øremerkede midler, og baserer seg på generelle satser som ikke lønns- og prisjusteres på samme måte.

Dette er en modell som gir stor grad av stabilitet og forutsigbarhet, men er mindre transparent da det er vanskelig å si hva basistildelingen historisk sett er basert på, og hva som faktisk er grunnlaget for denne. Basistildelingen er resultatet av fordelingen av budsjettmidler som ble gjort i sammenslåingen og etableringen av de fem instituttene i 2013, i tillegg til alle endringer som har blitt lagt til i alle årene etterpå.

Det er fra instituttenes side sterk interesse for å kartlegge hva som historisk sett er inkludert i basistildelingene, noe som vil være et omfattende arbeid, uten at man kan være sikre på at det vil gi svar som er relevant for den fremtidige driften. Skal det gjøres et arbeid med å vurdere basistildelingene så bør grunnlaget være dagens drift og fremtidige behov heller enn avgjørelser tilbake i tid, noe som er et arbeid man på noe sikt bør vurdere å gjøre.

Den alternative modellen som ble skissert i arbeidsgruppens forslag var en resultatbasert modell som ville redusert instituttenes basistildeling, men ville erstattet den delen av tildelingen med resultatbaserte midler, med grunnlag i oppnådde resultater knyttet til studiepoeng, til forskning og disputaser. Denne modellen var igjen todelt, der de to resultatbaserte modellene hadde litt ulik risikoprofil. Felles for begge disse var at de ville medført større svingninger i de årlige tildelingene, og med helt reelle muligheter for redusert tildeling over kortere og lengre perioder. En enhet med god økonomi og oppsparte midler/avsetninger, har betydelig bedre forutsetninger for å klare å håndtere slike økonomiske svingninger enn enheter med en økonomi som kun går i balanse år for år, eller har underskudd.

Siden fire av fem institutt samt dekanatet ikke ønsket en resultatbasert modell, men heller ønsket den aktivitetsbaserte modellen beskrives ikke den resultatbaserte modellen videre her, men viser til prosjektgruppens notat vedlagt i fakultetsstyresak 18/25 *Løypemelding fra inntektsfordelingsutvalget ved Det medisinske fakultet*.

Både KD og UiB har en resultatbasert tildelingsmodell, så å velge en aktivitetsbasert modell bryter med prinsippet om å holde seg så tett opptil disse tildelingsmodellene som praktisk mulig, men man reduserer samtidig sårbarheten ved instituttene og øker stabiliteten. Svingningene i resultatmidlene vil med en aktivitetsbasert modell ligge på fakultetsleddets fellesmidler, og det betyr at man vil måtte bygge opp en reserve for å kunne håndtere eventuelle nedganger i resultatmidler.

Styringsgruppen foreslår at ny budsjettfordelingsmodell for Det medisinske fakultet skal være en aktivitetsbasert modell som i stor grad er lik den modellen man har.

3. Modell for investeringer

Fakultetet har de siste årene hatt et lavere investeringsnivå enn man ser at det er behov for, da dette har blitt nedprioritert i en stram økonomi. Fremover vil det være behov for å øke investeringsnivået, både i forhold til forskningsinfrastruktur, men også i forhold til undervisningsutstyr.

Frem til nå har investeringer i stor grad vært finansiert av fellesmidler, med noen mindre bidrag fra det enkelte institutt. Man har også fått større utstyrstildelinger fra eksterne bidragsytere, samt noen investeringsmidler fra UiB sentralt.

Prosjektgruppens forslag knyttet til investeringer var å innføre en modell som er lik den som Fakultet for naturvitenskap og teknologi (NT-fak) har, der større utstyr finansieres ved at fakultetets fellesmidler legger ut for kjøpet i investeringsåret, og så betaler instituttet tilbake 80 % av kostnaden over 4 år. Dette medfører en 80/20 fordeling av investeringskostnaden, der fakultetets fellesmidler dekker 20 % av investeringskostnaden mens instituttet selv må dekke 80 %, men at dette gjøres over fire år.

Fire av fem institutt samt dekanatet ønsket ikke en slik modell, og flere av instituttenes argument var at de ikke vil klare å finansiere 80 % av sine fremtidige investeringsbehov basert på tildelingene.

Dette ble diskutert i styringsgruppen, og styringsgruppens forslag var at hovedansvaret for midler til større investeringer må ligge på fellesnivået, men at instituttene selv må bidra med minimum 10 % av investeringens verdi, og maksimum 20 %.

Med det investeringsnivået som man ser for seg fremover fordrer dette at det over flere år bygges opp en økonomisk reserve i fellesmidlene som kan brukes til investeringer. I tillegg må det utarbeides en realistisk investeringsplan 5-10 år fremover, der det må prioriteres mellom instituttene hvem som kan investere i hvilket utstyr, og når. Dette vil også bety at det vil være mindre midler fremover å tildele til instituttene til andre forhold.

Styringsgruppen foreslår at hovedansvaret for midler til investeringer ligger på fellesnivået, og at det bygges opp en investeringsreserve som kan brukes til investeringer i henhold til en langsiktig investeringsplan for alle instituttene. Instituttene må selv bidra med en egenandel på minimum 10 % og maksimum 20 % av investeringens verdi.

4. Ordning for støtte forskningsprosjekter som ikke har dekningsbidrag

Fakultetet har over lengre tid hatt en støtteordning for prosjekter der bidragsyter ikke ønsker å gi bidrag til den generelle driften ved UiB og dermed ikke har gitt mulighet for overhead/ dekningsbidrag. Instituttene har de siste årene fått dekket 60 % av kostnader til fellesbidrag og husleie (som overhead ellers dekker). De siste årene har denne ordningen vært finansiert med gaveforsterkningsmidler (10 mill. kr. i 2024). I 2025 vil disse midlene ta slutt og det må finnes midler innenfor KD-rammen, og fra 2026 er det derfor nødvendig med en ny modell for dekning av disse kostnadene.

Prosjektgruppens forslag var:

- Hele BOA-aktiviteten sees under ett og ordningen med husleie for BOA-stillinger fjernes (18 mill. kr.)
- Tilskudd til nulldekningsbidragsprosjekter fjernes også (10 mill. kr.)
- Instituttens basisramme justeres ned med differansen (8 mill. kr.)

En slik ordning ville gi instituttene samlet sett like mye midler som i dag (inkludert tilskudd til nulldekningsbidragsprosjektene) og økonomien ved det enkelte institutt påvirkes ikke av endringen. Fremover i tid vil instituttene selv ta beslutningen om de vil bruke midler på dette området eller ikke. Hvis nulldekningsbidragsprosjekter øker, vil instituttet måtte dekke hele kostnaden mens om slike prosjekter reduseres, vil instituttene få en gevinst siden de har fått tilført midler basert på nivået av nulldekningsbidragsprosjekter i 2024.

En slik ordning ville gitt instituttene incentiv til å redusere BOA-aktivitet knyttet til nulldekningsbidragsprosjekter, noe som ikke er ønskelig.

Etter diskusjon i styringsgruppen var det tydelig at man ønsket å opprettholde en åpen ordning for støtte til prosjekter som ikke har dekningsbidrag, der økt slik aktivitet gir økt støtte, da dette er viktige forskningsmidler for flere av instituttene.

Siden gaveforsterkningsmidlene tar slutt i 2025 vil det være krevende å finne midler til å dekke dette, da det vil være fellesmidlene som må dekke det. En ordning der fellesmidlene dekker dette, vil bety at man i realiteten omfordeler midler som kunne vært fordelt på en annen måte, og at noen institutt vil få en større andel av denne potten enn andre. Det vil også bety at det vil være mindre midler fremover å tildele til instituttene til andre forhold, og at en oppbygging av pott til investeringer vil ta lengre tid.

Styringsgruppen foreslår at dagens ordning der 60 % av kostnader til fellesbidrag og husleie beholdes, og at fellesmidlene dekker dette når gaveforsterkningsmidlene er brukt opp.

5. Rekrutteringsstillinger

Fakultetet mottar i 2025 finansiering for 138 rekrutteringsstillinger¹. Disse forvaltes samlet på fakultetsnivået og lyses ut enten som en åpen utlysning eller gis som støtte ved tildeling av større eksterne forskningsprosjekter. Når en stipendiat/post.doc. er tilsatt, inngår den i instituttets bemanning og personalansvar, men lønnen dekkes av fakultetets fellesmidler.

Det var prosjektgruppens oppfatning at det vil være en fordel om noen av rekrutteringsstillingene kunne disponeres direkte av instituttene, og at dette ville gi bedre muligheter for å støtte opp rundt fagområder som trenger det og instituttens langsiktige prioriteringer, og at dette var noe instituttene ønsket. Ordningen som prosjektgruppen foreslo med at 60 av de 138 KD-finansierte stillingene kunne fordeles ut til

¹ KD-finansierte stipendiater og postdoktorer

instituttene var det liten oppslutning rundt, men flere ønsket råderett over noen stillinger, mens andre var fornøyd med dagens ordning.

I 2025 har man et betydelig høyere antall tilsatte stipendiater enn man har midler til (per 1.1.2025 var det om lag 170 årsverk), og prosjektgruppens forslag var at man måtte vente med innføring av en ny ordning til man hadde redusert antall årsverk ned mot det antallet man har finansiering for.

Styringsgruppen foreslår at man beholder dagens ordning frem til evaluering av modellen om to år, og da heller ta opp spørsmålet igjen.

6. Fakultetsadministrasjonen og fellesmidlene

Prosjektgruppen foreslo å justere budsjettet til fakultetsadministrasjon og fellesmidlene på samme måte som basistildelingen til instituttene, med lønns- og prisendringer (videreført fra UiB sin fordeling), i tillegg til justeringer ved eventuelle aktivitets- og oppgaveendringer. Dette vil medføre at fakultetsadministrasjonen på lik linje med instituttene ikke får fullt ut kompensert lønns- og prisvekst, og må redusere kostnader på andre måter, som å på sikt redusere antall årsverk.

For fellesmidlene vil det bety det samme, med unntak av oppbygging av reserver til investeringer, til ordning for støtte forskningsprosjekter som ikke har dekningsbidrag og til å dekke svingninger i resultatbasert tildeling, som alle må regnes som endrede aktiviteter/ansvarsområdet.

Styringsgruppen foreslår at fakultetsadministrasjonen og fellesmidlene fra 2026 blir budsjettjustert på samme måte som instituttene; med lønns- og priskompensasjon samt justering for endrede aktiviteter.

7. Andre ordninger: Støtte til disputaskostnader

Fakultetet har flere andre økonomiske ordninger, som driftsmidler til rekrutteringsstillinger, startpakke til nytilsatte professorer og førsteamanuensis, støtte til forskerskoler og forskerlinjestudenter med mer. I argumentasjonen for å innføre resultattildeling for disputaser ut på instituttene, blant annet for at det instituttet som har ansvaret for Ph.d.-kandidaten skal få dekket kostnader til selve disputasen, som ofte er på over kr. 50.000,- per disputas.

Tabell 3: Oversikt over antall disputaser per år fordelt på institutt

Antall disputaser per år per institutt										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
IBM	14	16	12	5	9	7	8	10	5	13
IKO	3	7	6	3	5	5	3	5	5	2
K1	20	21	18	30	24	30	25	29	17	26
K2	31	25	19	26	32	42	27	40	25	24
IGS	30	28	27	21	23	29	32	15	28	23
SUM	98	97	82	85	93	113	95	99	80	88

Det er svært variabelt hvor mange disputaser hvert institutt har per år, som man ser av tabellen over. Antall disputaser inkluderer både de KD-finansierte stipendiatene som disputerer, men også alle stipendiatene som har andre arbeidsgivere, evt. er tilsatt på eksterne midler, men er tatt opp i fakultetets doktorgradsprogram. Fakultetet har de siste årene hatt totalt om lag 500 stipendiater i doktorgradsprogrammene, selv om kun om lag 170-180 av disse har vært KD-finansiert.

Instituttene får tildelt kr. 35.000,- per år per KD-finansierte stipendiat, der instituttet kan beholde kr. 15.000,-, mens kr. 20.000,- er øremerket veileder/stipendiat/forskningsgruppe. Instituttene får ingenting for de andre stipendiatene.

Når man har valgt bort resultatbasert tildeling, så står man likevel igjen med et behov for å få dekket mer av disputaskostnadene.

Fakultetet får resultatbasert tildeling to år etter aktivitetsendringen har skjedd. Som man ser av tabell 3 så hadde fakultetet en sterk nedgang i antall disputaser fra 2022 til 2023 (19 disputaser mindre), noe som medførte et tildelingskutt på nesten 6,9 mill. kr.² i 2025. I 2024 øker antallet disputaser igjen, og fakultetet kan da forvente å få en økning i tildeling på om lag 2,9 mill. kr.

Det foreslås å opprette en ny ordning fra 2026 som gir instituttet kr 30.000,- per disputas i støtte til disputaskostnader.

Dette vil i 2026 dekkes av den økte tildelingen knyttet til disputasene, og man vil da ha midler til å dekke støtte til om lag 95 disputaser i 2026 med disse midlene, slik at økningen kommer instituttene til gode.

Dekanens kommentar

Det må rettes en takk til prosjektgruppen for det arbeidet som er lagt ned i forslagene som er fremlagt for styringsgruppen.

De endringene som styringsgruppen skisserer er ikke store sammenlignet med dagens modell, men det blir likevel viktig å ta en evaluering 2 år etter innføring for å se hvordan endringene har slått ut og om det er behov for ytterligere endringer eller justeringer.

Det har i prosessen vært stor takhøyde og gode diskusjoner, og mange har vært involvert. Prosessen har vært svært lærerik, og mange har blitt betydelig mer opplyst om hvordan finansieringssystemet fungerer både på universitetsnivå, men også på fakultetet. Selv om det ikke har medført veldig store endringer, så har selve prosessen vært vel så viktig som resultatet, og har medført større forståelse og lagt grunnlaget for mer transparens i de fremtidige budsjettprosessene.

Instituttene har vist storsinn og god evne til å tenke helhetlig og hva som er fellesskapets beste, noe man virkelig må berømme dem for. Man har klart å lande en modell som kanskje instituttene hver for seg ikke synes er optimal, men som man i fellesskap kan se at kan fungere.

² UiB får kr. 483.250,- per disputas i resultatmidler (2025-sats) og fakultetet mottar 75 % av dette som er kr. 362.438,-

Det er klart at de politiske signalene tilsier at det blir fortsatt stram økonomi i sektoren også de neste årene, og tilbakemeldingene fra instituttene var ganske tydelig på at de ønsker et sterkt fakultet som har økonomiske muskler i fellesskap til å takle disse utfordringene. At flertallet ønsket at det skulle bygges opp fellesmidler på fakultetet, og at ikke alle midlene skulle flyttes ut på instituttnivå, vitner om tillit til fakultetsledelsen. Det blir da svært viktig fremover å ha transparente prosesser og åpenhet rundt både fordeling av midler, oppbygging av midler til fremtidige investeringer etc., og de langsiktige planene man har for fellesmidlene, slik at man kan fortsette å bygge på denne tilliten.

Forslag til vedtak

1. Fakultetsstyret vedtar ny fordelingsmodell slik det fremgår i saken at styringsgruppen foreslår.
2. Fakultetsstyret ber om at det to år etter innføring av modellen gjøres en evaluering av modellen, og at resultat med eventuelle forslag til justeringer legges frem for fakultetsstyret.

Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
fakultetsdirektør

28.04.2025/Kristine Tangen

Høringssvar fra dekanatet ved Det medisinske fakultet på rapporten *Ny inntektsfordeling ved Det medisinske fakultet*

Utformet av: Per Bakke, dekan, og Marit Bakke, prodekan for forskning
Bergen, 20.03.25

Dekanatet takker arbeidsgruppen for en grundig og oversiktlig rapport innenfor fakultetets overordnede prosjekt *Sunn økonomi*.

Våre innspill

Valg av modell: En aktivitetsbasert modell gir forutsigbarhet og trygghet i usikre tider

Dekanatet mener at vi inntil videre bør beholde en aktivitetsbasert modell, og at videre diskusjoner om en eventuell overgang til en resultatbasert fordelingsmodell bør utsettes til økonomien er mer forutsigbar og stabil.

I en ustabil økonomisk situasjon er forutsigbarhet avgjørende for god økonomistyring. En aktivitetsbasert inntektsfordelingsmodell – som i hovedsak viderefører dagens prinsipper – legger til rette for langsiktig planlegging og stabilitet. Ved å justere budsjettrammer gradvis etter faktisk aktivitetsendring, unngår vi brå svingninger i instituttøkonomien. Dette gir instituttene økonomisk trygghet til å opprettholde kjerneoppgavene sine innen undervisning og forskning, selv når ytre rammebetingelser endres. Kort sagt muliggjør en slik modell en ansvarlig tilpasning til usikre tider, i stedet for kortsiktige og potensielt skadelige sparetiltak basert på variable resultater fra år til år.

Fordeling av rekrutteringsstillinger

Dekanatet mener at vi inntil videre beholder rekrutteringsstillingene i en samlet pool på fakultetsleddet.

Å beholde rekrutteringsstillinger (stipendiater og postdoktorer) i en felles pool på fakultetet gir strategiske fordeler. Fakultetet kan da fordele nye stillinger ut fra overordnede strategiske prioriteringer og langsiktige behov, fremfor å binde dem opp til historiske tall ved hvert institutt. Dette sikrer fleksibilitet til å støtte fagmiljøer som trenger styrking, og gir også fakultetet bedre mulighet til å samhandle med samarbeidspartnere, særlig helseforetakene, om løsninger slik at rekrutteringsstillinger fordeles på alle fagområder innen medisinsk forskning. Ved en slik ordning, bør hva strategisk bruk av rekrutteringsstillingene innebærer diskuteres med instituttlederne.

En felles pool vil antagelig også fremme transparens og rettferdighet i hvordan rekrutteringsstillingene fordeles. Det vil være utfordrende å finne en fordelingsnøkkel som alle oppfatter som rettferdig, gitt at instituttene varierer i størrelse, fagfelt og behov, og i tilgang på rekrutteringsstillinger fra helseforetaket. En fordeling av stipendiatstillinger til instituttene vil også kreve mer administrasjon ved at alle instituttene må ha egne utlysninger og sakkyndige komiteer. En sentral forvaltning unngår interne rivaliseringer om stillinger både mellom instituttene og innad på instituttene, og bidrar til en felles oppfatning om at vi alle er en del av en

større enhet der vi samlet tar ansvar for rekruttering av fremtidens forskere og undervisere. Slik unngår vi scenarioer der enkelte institutt blir stående uten stillinger eller at fordelingen oppleves som urimelig. Samlet sett gir felles pool-løsningen bedre strategisk styring og ivaretar helheten fremfor fragmenterte enkeltinteresser.

Resultatbasert studiepoengfordeling

Siden dekanatet mener at en aktiviserbasert modell er den beste for fakultetet i årene som kommer, støtter vi ikke en resultatbasert fordeling av studiepoeng.

En inntektsmodell bør være effektiv å administrere og å forstå. Å fordele midler internt basert på oppnådde studiepoeng skaper unødvendig kompleksitet og administrativ byrde. Ressursbruken til å registrere, kalkulere og justere budsjettmidler for hvert studiepoeng stående på hvert institutt kan bli betydelig, mens gevinstene er marginale. Slike resultatbaserte justeringer gir ofte kun små omfordelinger mellom institutter, noe som betyr liten reell økonomisk uttelling for alt arbeidet som legges ned. I tillegg kan en slik ordning føre til uheldige insentiver og konkurranse om studiepoeng internt, fremfor samarbeid om utdanningskvalitet. Undervisning er et fellesansvar på tvers av instituttene, og studentenes gjennomføring bør fremmes gjennom pedagogisk samarbeid – ikke ved at hvert institutt jakter på studiepoeng for budsjettmessig gevinst. Ved å beholde en enklere aktivitetsbasert tildeling for utdanning unngår vi byråkrati, frigjør tid til kjerneoppgaver og opprettholder fokus på kvalitet framfor kvantitet.

Forvaltning av midler til nulldekningsbidrag

Dekanatet ønsker at forskere ved fakultetet skal ha mulighet til å søke midler fra alle relevante finansieringskilder, inkludert de som ikke tillater belastning av indirekte kostnader. Dette er avgjørende for å opprettholde forskningsaktiviteten og gjøre fakultetet attraktivt for dyktige forskere, særlig yngre talenter.

En løsning kan være å avsette midler for å kompensere for prosjekter uten dekningsbidrag ("nulldekningsbidrag") og forvalte disse sentralt på fakultetsnivå. Dersom midlene overføres til instituttene, bør de øremerkes for å sikre at de ikke gradvis forsvinner inn i den generelle driften.

Ved å beholde midlene sentralt signaliserer vi et felles ansvar for å dekke kostnader knyttet til viktig forskningsaktivitet uten dekningsbidrag, i stedet for å overlate dette til enkeltinstitutter eller fagmiljøer. Dette er særlig viktig fordi tilgangen på forskningsmidler med fullt dekningsbidrag varierer mellom instituttene. Samtidig kan det være hensiktsmessig å innføre retningslinjer for hvordan søknadsaktivitet til finansieringskilder uten dekningsbidrag balanseres mot søknader til kilder med dekningsbidrag, særlig for forskningsgrupper med store eksternt finansierte porteføljer. Det kan også være nødvendig å begrense antall stillinger som finansieres gjennom nulldekningsbidrag.

Det viktigste er å sikre fakultetets langsiktige interesser ved å ha tilgjengelige midler til å understøtte kjernevirksomheten, uten at disse forsvinner i den daglige driften.

Investeringer: Fordeling av kostnader mellom institutter og fakultet

Dekanatet mener at fordelingsmodellen for investeringskostnader bør diskuteres videre, da en 80 % belastning på instituttene kan ha uheldige konsekvenser for fremtidige investeringer.

Forslaget om en 80/20-modell, der instituttene må dekke 80 % av utstyrsinvesteringene over fire år, vil være utfordrende å gjennomføre. Mange institutter har stramme budsjetter og vil ofte ikke ha økonomisk kapasitet til slike investeringer. Dette kan føre til forsinket utskifting av nødvendig utstyr og dermed svekke både forskning og undervisning.

I tillegg kan modellen sette kjernefasilitetene ved fakultetet i fare. Dersom instituttene ikke har økonomisk handlingsrom til å bidra til felles infrastruktur, risikerer vi at disse fasilitetene forvitrer, noe som vil ha negative konsekvenser for hele fakultetet.

I stedet for å legge hovedansvaret på instituttene bør vi satse på en modell med felles finansiering. Fakultetets investeringer gagner alle, og en helhetlig tilnærming med en langsiktig investeringsplan vil sikre en mer bærekraftig og forutsigbar utvikling.

Innspill til «Ny inntektsfordeling ved Det medisinske fakultet» fra Institutt for klinisk odontologi

Spørsmål som ønskes besvart:

- Bør Det medisinske fakultets inntektsfordelingsmodell være aktivitetsbasert eller resultatbasert? Begrunn svaret.

Innledning

Vi er glade for at dokumentet understreker viktigheten av åpenhet og transparens, som er en forutsetning for å lykkes i prosessen med en ny inntekstfordelingsmodell på fakultetet. Alle trenger forutsigbarhet, og instituttet har stor forståelse for at midler til drift og strategiske satsninger må settes av på fakultetsnivå. Samtidig er det viktig å vise til historien. Institutter opplevde større kutt i 2012 og 2013 for å støtte opp om fellesaktivitetene ved fakultet, og senere i form av stillinger som ble flyttet fra instituttene over til fakultet. Instituttene har i sum bidratt godt til fakultetets fellesmidler, også RBO. Disse bidragene har kostet instituttene, og burde vært nevnt innledningsvis i dokumentet fra prosjektgruppen (se tabell nedenfor).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	SUM
RBO Med fak åpen ramme	826	3547	7908	34 569	15 859	1017	14 221	- 620	18 017	7579	22 714	125 637
RBO Med fak lukket ramme	17 482	-4353	-12817	- 4604	- 5245	3670	1 345	- 616	8 506	- 682	3 103	5 789
	18 308	- 806	- 4909	29 965	10 614	4687	15 566	-1236	26 523	6897	25 817	131 426

Ny inntektsfordelingsmodell

Det er noe vanskelig å se rekkevidden av forslagene til inntektsfordelingsmodeller som beskrives i høringsdokumentet, og IKO er derfor glade for at økonomisjef på fakultetet har hjulpet oss i prosessen.

Med tanke på usikre tider og ikke minst usikker økonomi i UH-sektoren fremover er det vanskelig å se alle konsekvenser av en resultatbasert modell. IKO støtter derfor forslaget om en aktivitetsbasert modell. Dette vil gi instituttet en relativt stabil økonomi i tider hvor vi ønsker å ha fokus på andre strategiske grep for å drive instituttet best mulig. Vi støtter en utprøving av denne modellen, med muligheter for nødvendige justeringer og tilpasninger over tid.

Hvis aktivitetsbasert modell velges, er det momenter vi ønsker å påpeke.

Instituttene må bli kompensert for at flere poster har stått uendret i rammetildelingene over mange år:

- De 15 000kr som blir tildelt PhD kandidater/år til instituttet må bli prisjustert. Denne satsen har ikke blitt justert på mange år. En LPK justering til 2025/2026 kr er rimelig, samt at den justeres årlig.
- Driftsmidlene til Phd/post doktor må også LPK-justeres. Dagens sats på 20 000 kr har ikke blitt LPK justert. Det betyr at instituttet må inn og dekke forskingsutgifter for flere av stipendiatene. Vi har kandidater som har vanskeligheter til å finansiere sin forskning uten bidrag fra forskergrupper eller instituttet.
- For Phd kandidater som kommer utenfra (eksterne), og blir tatt opp i UiB sitt Phd program, bør instituttene få dekket disputasutgiftene siden fakultet mottar RBO. Instituttet har, i tillegg til veiledning, bidratt med administrative ressurser (PhD-koordinator/forskningskonsulent).

- Studenter i tannpleiere ble løftet opp en finansieringskategori i den nye finansieringsmodellen. Noe av dette bør tilfalle instituttet.
- Når en relativt stor del av resultatet ligger på fakultet, må også fakultet være med å bidra/støtte når det skjer ekstra ordinære situasjoner. Eksempelvis har stort studentkull i odontologi medført store investeringer og faglige og administrative utfordringer for instituttet uten støtte fra fakultetet.
Når det settes av midler på fakultet må dette skje åpent og transparent, slik at bruk av disse midlene blir synlig for instituttene.
- For IKO er det et problem at instituttet i liten grad kan påvirke studentkullene.

Bør Det medisinske fakultet innføre noen av de elementene som er mulige i både en aktivitetsbasert- og en resultatbasert modell (beskrevet i pkt. 6.3.2)

Hvis ja, i så fall hvilke av elementene? Begrunn svaret.

Rekrutteringsstillinger

Viser her til Tabell 6 i dokumentet, hvor 13 øremerkede stilling til odontologisk forskning ikke er inkludert i øremerket portefølje. Disse 13 rekrutteringsstillingene må inn i Tabell 6 slik at vi har historien med oss.

Institutt for klinisk odontologi ønsker seg et handlingsrom til strategisk bruk av noen rekrutteringsstillinger. Her er vi villige til å diskutere omfanget, og at instituttet kan disponere det som er gitt i Tabell 7 kan vi støtte. Men forutsetningen her er at de 5 resterende øremerkede stillingene går inn i fakultetspotten med en øremerking til odontologisk forskning.

Skulle fakultetsstyret likevel lande på å beholde alle rekrutteringsstillinger på fakultetet så har Tabell 6 liten verdi slik den står i dag hvor øremerkede rekrutteringsstillinger i odontologi blir fjernet med et pennestrøk. Dette blir en viktig prinsippsak for IKO.

Kompensasjon for nulldekningsbidragsordningen

Instituttet støtter i hovedsak forslaget 6.3.2 som gjelder kompensasjon for nulldekningsbidragsordningen og ser det som viktig at midler tilbakeføres til instituttene. Vi vil likevel bemerke følgende:

I 2013 fikk alle instituttene kutt i rammen som skulle gå til å dekke nulldekningsbidrag (bidrag til 0-DB finansiering). For IKO sin del var dette på 1 285 000 – se tabell nedenfor (Budsjettramme grunnbevilgning).

At vi da er kuttet med 1 285 000 i 2013-kroner og får tilbakeført 472 756 i 2025-kroner er ikke en god nok modell. Instituttet må ha en større andel tilbakeført også i lys av at IKO ikke har hentet ut noe av denne potten.

Budsjettramme grunnbevilgning

Tabell 2 Budsjettramme grunnbevilgning annuum.

Budsjett	Prosjektnr.	2013	2012
Basisramme (92% av 2012)	000000	23 722 000	23 389 000
Odontologisk universitetsklinikk (OUK)	000000	46 347 000	46 347 000
Lønns- og priskompensasjon (av 92%-ramme)	000000	1 439 000	467 000
Resultatmidler forskning (RBO modell)	000000	792 000	465 000
Resultatmidler utdanning (RBO modell)	000000	855 000	825 000
Resultatmidler EU	000000	118 000	-
Flytting av emnene TPBAFYS og TPBAKBK til IBM*	000000	(250 000)	
Instituttens andel av resultatnedgang	000000	(2 380 000)	
Flytting av administrative årsverk**	000000	(1 400 000)	
Instituttens bidrag til 0-DB finansiering	000000	(1 285 000)	
Delsum budsjett for særtildelinger	000000	67 958 000	71 493 000
Nye studieplasser tannpleie 2013 (2012 tildeling i ramme)	000000	657 000	639 000
Praksisutplassering	000000	565 000	565 000
Driftsmidler kvoteprogram PhD	000000	375 000	270 000
Driftsmidler forskerlinjen	000000	-	10 000
Kompetansemidler til teknisk/administrativt ansatte	000000	87 000	129 000
Tilbakeført internhusleie	000000	-	18 000
Delsum særtildelinger	000000	1 684 000	1 631 000
Avskrivningsinntekter (motpart 81, art 39**)	000000		3 145 500
Instituttinntekter (art 3xxx - ikke art 39**)	000000	10 000 000	9 605 000
Sum inntekter grunnbevilgning annuum	000000	79 642 000	85 874 500

Investeringer

Punkt 6.1.7 beskriver en fordelingsmodell for investeringer. Her legges det i bordet en 80/20fordeling av investeringskostnader, og at fakultetets fellesmidler da dekker 20%. Vi mener generelt at med denne fordelingen faller for stort ansvar på instituttene. Vi må videre passe på at dugnadsånden ikke forsvinner med at største delen av ansvaret faller på instituttene.

For IKO sin del skal mange av tannlegeunitene skiftes ut i kommende 10-års periode. At instituttet skal tåle en egeninnsats her på 80% er ikke realistisk. At det i punkt 6.3.2 under investeringer skives at midler til investeringer i odontologisk klinikk skal søkes fra HOD er et viktig innspill, men her må det vites at vår klinikk til nå kun er finansiert fra KD. Og videre må det tydeliggjøres ansvar for hvem som skal fronte dette opp mot departementene. I lys av mye snakk om Vestlandslegen vil det være interessant å vite hva fakultetet har formidlet om utstyrsbehov/vedlikehold i odontologisk klinikk opp til universitetet sentralt. UiB har også et ansvar for infrastruktur for undervisning.

Inntektsfordelingsmodell – Tilbakemelding fra K1

Det er et godt arbeid som er utført.

K1 har noen kommentarer så langt til høringsutkastet:

3.2 Toppfinansiering / sentral egenfinansiering:

Vi vil presiserer på s 5 at: Denne modellen gir resultatmidler til både fakultet og institutt/prosjekt. Dvs at institutt er nevnt i denne setningen.

Andel som går til fakultetet: Ved økning fra nullpunkt i aktivitetsåret 2023, bør det legges inn intensiver for at institutt får 50% av fakultetets andel av toppfinansieringen.

6.1.2 Resultatmidler- studiepoeng:

Vi forstår at cand. med. studiet er utelatt, men det bør diskuteres vektning av undervisning før 2033. K1 har mye undervisning i hele studieløpet og blir ekstra mye involvert i Vestlandslegen. Dette er ikke med i gammel ramme, og vi foreslår at dette sees på som en videreføring av dette høringsnotatet. Videre er OSKE 6 belastet K1 og OSKE 12 belastet K2, som også ble innført etter at basisrammen ble lagt til grunn

Ellers tenker vi at: «Instituttene andel fordeles mellom instituttene etter det enkeltes institutt sin andel i det enkelte studieprogram.....», kfr s. 9.

6.1.4 Rekrutteringsstillinger:

Vi vil presisere at det også er øremerkede stillinger til IKO i tabell 6. I tabell 7 det er uheldig at det kun er 50% stillinger og høyere som teller for hvordan PhD stillinger som disponeres ute på instituttene blir fordelt. Dette burde også vært basert på BOA aktivitet Siden K1 og K2 har flest 20% stillinger kommer disse dårligere ut i så måte. K1 ønsker at nåværende ordning videreføres.

6.1.5 Resultatmidler- doktorgrader – antall disputaser:

K1 ønsker aktivitetsbasert inntektsmodell på dette punktet. Modell 1, 3 årig gjennomsnitt, 75/25 fordeling

6.1.6 Forskningsprosjekter uten dekningsbidrag:

Hvilket grep må gjøres for å få et alternativ 3: Dagens ordning med 60% refusjon av ODB – finansiert av fellesmidlene.

K1 støtter forslag fra arbeidsgruppen om å fjerne husleie for alle BOA prosjekter, og støtten til nulldekningsprosjektene, men oppjusterer instituttets basisrammer. Instituttene får netto styrket rammen, men får ikke refusjonene, og med den store økningen som har vært på BOA de siste årene, håper vi det kan utredes ytterligere konsekvenser for instituttene.

Grunnlag for beregning av husleiekostnad bør være gjennomsnittet på minimum 5 år.

6.1.7 Investeringer:

80/20 (Institutt/fakultet) fordeling av kostnadene vil gå på bekostning av institutt med kostbar forskningsinfrastruktur og vil gå utover kjernefasilitetene. K1 foreslår at fakultetet avsetter midler til større infrastruktur og beholder tidligere ordningen med 20/80 kostnadsfordeling.

6.3.1 Aktivitetsbasert modell:

K1 støtter videreføring av dagens modell.

6.3.2 Budsjettering av fakultetsadministrasjon og fakultetets fellesmidler:

K1 støtter forslaget om å justere budsjettet til fakultetsadministrasjon på samme måte som basistildelingen til instituttene, med lønns- og prisendringer, i tillegg til justeringer ved eventuelle aktivitets- og oppgaveendringer.

Mulig med andre kutt for fakultetsadministrasjonen?

Inntektsfordelingsmodell – Tilbakemelding K2

6.1.2 Resultatmidler- - studiepoeng:

p.9: «Instituttene andel fordeles mellom instituttene etter det enkeltes institutt sin andel i det enkelte studieprogram. «

K2 har mange forelesere i forskjellige studieprogram tilknyttet andre institutt uten at det er spesifisert nærmere. Det blir veldig tidskrevende og vanskelig å beregne andelen i studieprogrammene, og det er en fare for at det fører til «silotekning» istedenfor felles ansvar for utdanning av studenter.

6.1.4 Rekrutteringsstiller

K2 ønsker at vi fortsetter med dagens ordning, men det mangler øremerkede odontologi stillinger i tabell 6.

Dagens ordning har fungert greit med evalueringskomitee sammensatt av representanter fra alle institutt, hvor hver søknad vurderes av 3 individer. Ved større avvik i vurderingen diskuterer evaluatorene, og hvis nødvendig hele komiteen. Rangeringen skjer etter diskusjon i plenum.

6.1.6 Forskningsprosjekter uten dekningsbidrag

K2 støtter forslag fra arbeidsgruppen om å fjerne husleie og støtten til nulldekningsprosjektene men oppjusterer instituttene basisrammene tilsvarende tabell 12-14.

6.1.7 Investeringer

80/20 (Institutt/fakultet) fordeling av kostnadene vil gå på bekostning av institutt med kostbart forskningsinfrastruktur og vil gå utover kjernefasilitetene. Vi foreslår at fakultetet avsetter midler til større infrastruktur og beholder tidligere ordningen med 20/80 kostnadsfordeling.

6.3.1 Aktivitetsbasert modell

K2 støtter stort sett videreføring av dagens modell.

6.3.2 Budsjettering av fakultetsadministrasjon og fakultetets fellesmidler

K2 støtter forslaget om å justere budsjettet til fakultetsadministrasjon på samme måte som basistildelingen til instituttene, med lønns- og prisendringer, i tillegg til justeringer ved eventuelle aktivitets- og oppgaveendringer.

Tilbakemelding fra IBM på ny inntektsfordelingsmodell

Overordnet: Det er noe uklart hva som er overordnet ønsket effekt av forslagene i utkastet, hva er målet med disse foreslåtte endringene. Vi synes et overordnet mål burde være noe bedre økonomiske rammer for instituttene, mer strategisk handlingsrom og best mulig tilrettelegging for stabil økonomistyring. Her er de punktene vi ser at sannsynligvis vil bli mest påvirket av forslagene, først og fremst i et instituttperspektiv:

- Graden av økonomisk handlingsrom på instituttnivå og muligheter for strategiske grep.
- Stabiliteten til instituttøkonomien fra år til år.
- Kompleksiteten til økonomien på instituttnivå.
- Den økonomiske rammen til instituttene over tid.
- Fordelingen av midler mellom fakultetsleddet og instituttene.
- Samarbeidsklimaet mellom instituttene.
- Fremtidige muligheter for å søke 0-DB prosjekter.
- Stabiliteten til kjernefasilitetene
- Kostnaden med å innføre ny modell.

Spørsmål 1: Bør Det medisinske fakultets inntektsfordelingsmodell være aktivitetsbasert eller resultatbasert? Begrunn svaret.

IBM stemmer 100% for aktivitetsbasert modell, samtidig spiller vi inn en alternativ resultatbasert modell som vi ønsker skal utredes nærmere.

- **Graden av økonomisk handlingsrom på instituttnivå og muligheter for strategiske grep.**

Ved resultatbasert modell, slik de er foreslått, vil instituttene få en større økonomi som potensielt gir mer strategisk handlingsrom, men kun dersom inntektene øker. Når inntektene synker vil handlingsrommet bli enda mindre enn i dag, og da hjelper det ikke å ha råderetten over midlene. Muligheten for strategiske grep på instituttet vil bedres dersom vi får lagt ph.d.er ut til instituttene. Det som ble sagt om eksisterende økonomimodell, er at den ikke er gunstig for instituttene i nedgangstider, men så langt vi kan se vil de resultatbaserte modellene som foreslås her være enda mindre gunstig for instituttene i nedgangstider. Disse modellene ville vært bedre i oppgangstider, men også da med svakheter. I oppgangstider ville i hvert fall sjansen for bedring av økonomien over tid vært mer sannsynlig. Dersom man hadde tatt vekk risikoen for en økonomisk nedside for instituttene i resultatmodellene, så kunne det nok vært mer attraktivt. Dette

ønsker vi å belyse litt nærmere som et alternativ. En slik modell kan for eksempel se slik ut: det blir satt et nullpunkt, og basisrammen øker på vanlig måte med lønns- og prisvekst, men dersom vi slår nullpunktet så får instituttet alle, eller en del av de ekstra pengene (fordelingsnøkkel inst/fak bestemmes). Dersom instituttene faller under nullpunktet så trekkes de ikke for det. Da får instituttene et utbytte av å prestere godt på BOA (ph.d/toppfinansiering++), og mulighet for økt handlingsrom ved suksess. Samtidig fjernes risikoen for dramatisk fall i økonomien, som vi ikke har verktøy for å kompensere, om det går dårlig en periode. Pengene som instituttene potensielt får ekstra med en slik modell kan inngå i en strategisk pott på instituttnivå for å for eksempel dekke akkumulert underskudd på budsjettene, strategiske satsninger, nødvendig fellesutstyr osv. Dette vil gi instituttene et reelt handlingsrom dersom vi presterer veldig godt på BOA. I en slik modell så risikerer heller ikke instituttene å falle langt under nåværende KD-tildeling ved nedgang i BOA/ph.d. Da unngår vi at KD-bevilgningen, som i stor grad er gitt som resultat av undervisningsoppgavene våre, reduseres ved svakere BOA/ph.d.-utvikling. En slik reduksjon ville gjort det enda mer utfordrende å ha nok ressurser til å ha en stabil dekning av undervisningsoppgaver. Instituttene har ingen slik nedside i en aktivitetsbasert modell heller, men forskjellen vil nå være at videre opptur på BOA kommer instituttene til gode også. Så langt vi kan se blir ikke risikoen til fakultetet så mye større enn aktivitetsbasert modell, bortsett fra at de får mindre fra videre opptur. Vi synes denne ideen til alternativ resultatbasert modell er såpass interessant å utrede/diskutere videre, at vi foreslår nettopp en slik utredning/diskusjon.

- **Stabiliteten til instituttøkonomien fra år til år.**

En resultatbasert modell som foreslått av arbeidsgruppen vil føre til store inntektsvariasjoner fra år til år, noe som vil gjøre det betydelig vanskeligere å treffe budsjett hvert år, og gjerne også langsiktig. Dette vil medføre en mer uforutsigbar økonomisk situasjon ved instituttene.

- **Kompleksiteten til økonomien på instituttnivå:**

Vår vurdering er at det allerede med dagens modell er mange institutt som sliter med å holde økonomisk oversikt. Dette vil bli mye mer komplisert med resultatbasert modell, og vår vurdering er at det ikke vil være gunstig for muligheten for god økonomistyring ved instituttene.

- **Den økonomiske rammen til instituttene over tid:**

For de fleste instituttene, eller kanskje alle, så vil en resultatbasert modell styrke instituttøkonomien over tid dersom følgende forutsetninger er til stede: (1) tilgangen til ekstern finansiering øker, samt at antall ph.d.-stillinger innad på UiB/MED internt ikke synker. (2) at instituttene samlet sett øker tilslagsraten på «riktige» BOA-prosjekter betydelig over tid.

Faktorer som taler imot at tilgangen til eksternfinansiering vil øke, er at det er nedgangstider i vår sektor og det forventes at mindre penger bevilges til forskning fra myndighetene. Vi ser heller ingen signaler på at mulighetene øker fra andre aktører, inkludert private velgjørere. Gitt disse forventede forutsetningene, så er det lite sannsynlig at det er en økonomisk oppside her, med en betydelig mulighet for en nedside over tid samt større svingninger fra år til år. Den andre muligheten er at instituttene skal øke sin tilslagsrate, og det er selvsagt et mål, men med nedgang i sektoren og stor sannsynlighet for færre ansatte over tid så er kanskje ikke den potensielle oppsiden her stor nok til at det er verdt risikoen for resultatbasert modell. Det er også her en mulighet for at det er en nedside, samt større svingninger fra år til år.

For å få en forbedret instituttøkonomi i en resultatbasert modell vil det være viktig at alle instituttene minst klarer å holde dagens nivå, eller bedre, over tid. De som ikke klarer det, vil med en slik modell ende opp med å slite mye mer enn med en aktivitetsbasert modell. Gitt at mange institutt allerede sliter, så ser risikoen for stor ut i forhold til muligheten for oppside for instituttene i en resultatbasert modell. I tillegg vil man i resultatbasert modell i praksis tape en andel av grunnfinansieringen dersom man gjør det dårligere på BOA. Grunnfinansieringen er stort sett gitt basert på undervisningen vi gjør. En større nedgang i BOA vil her kunne føre til at man ikke lenger klarer å ivareta lønnskostnadene til sine faste ansatte som skal gjøre undervisningen. Det man da fort kan ende opp med å gjøre i en slik modell, er å trekke penger ut av undervisningen og refordeler de enten ut til andre institutt eller til fakultetet og fellesmidler. Dette er en potensiell veldig uheldig effekt av en resultatbasert modell.

- Fordelingen av midler mellom fakultetsleddet og instituttene.

Aktivitetsbasert modell gir ca. samme modell som vi har hatt de siste årene. Resultatbasert modell gir en vridning mot en større økonomi på instituttnivå, både på inntektssiden og utgiftssiden. Dersom resultatbasert gir positiv utvikling så vil instituttene få en bedre økonomiramme, og negativ utvikling vil gi en dårligere økonomiramme. Fakultetet vil få en ramme som i mye mindre grad enn i dag endres opp eller ned avhengig av resultatene på BOA. Ved aktivitetsbasert modell så vil denne effekten bli omvendt for institutt og fakultet. Fordelen fakultetet har er at de har en større økonomi til å buffere svingningene med. Om nedgangen over tid blir stor, så vil fakultetet lettere kunne kompensere for dette da de har flere virkemidler enn instituttene, slik som frigjøring av areal og regulering av ph.d.-stillinger, inntak av flere studenter mm. Instituttene har i mye mindre grad mulighet til slike justeringer og er veldig sårbare for nedgang i allerede for trange og ganske låste rammer. Det eneste instituttene reelt kan spare inn på, er avganger, og det passer ikke alltid med nedgangen i inntekter. Et annet poeng er at det blir en stor forsinkelse i tildeling av resultatmidler i forhold til økning i aktivitet. Om man øker inntaket av antall ph.d.er med for eksempel

10, så vil de først måtte fullføre graden og deretter går det to år til før tildelingen går ut til instituttet.

- **Samarbeidsklimaet mellom instituttene.**

Resultatbasert modell vil sannsynligvis føre til større konkurranse mellom instituttene da alle vil ønske størst mulig andel av ph.d.-studenter og BOA-prosjekter til sitt institutt i enda større grad i dag pga. belønningsmidlene som deles ut til instituttene.

Det vil bli større press på ph.d.-studentene da det er en stor økonomisk gevinst for instituttene at de fullfører. Det er allerede et stort press på dem, så dette anser vi at ikke vil være gunstig. Særlig ikke når det i tillegg vil gi instituttet et stort økonomisk insentiv for å få igjennom studenter som egentlig ikke gjør nok selv og ikke burde få ph.d.-graden. Dette vil øke sannsynligheten for at kvaliteten på enkelte avlagte ph.d.er blir for dårlig. På den andre siden kan det øke gjennomføringsgraden og hastigheten, på godt og vondt.

- **Kostnaden med å innføre ny modell.**

Kostnaden for å administrere eventuelt ny ordning må ikke nærme seg det beløpet man faktisk skal reforedele. Man må sørge for at kostnaden med ekstraarbeidet ikke spiser opp en eventuell mulig effekt. Kostnad forbundet med refordeling må stå i forhold til det man refordeler, og innsatsen man gjør for å nå de forskningsmessige og undervisningsmessige målene man setter. Dette virker ikke godt nok utredet. Det kan for eksempel se ut til at kontroll og fordeling av midler basert på endringer i studiepoengene gir mere arbeid enn nytte. Om det er tilfellet så bør studiepoeng-delen ut av resultatfordelingen.

Spørsmål 2: Om svaret over var resultatbasert modell, bør det være modell 1 (3-årig gjennomsnitt og 75/25 fordeling) eller modell 2 (50/50 fordeling)? Begrunn svaret.

Vi stemmer helt klart for aktivitetsbasert modell, men dersom det skulle ende opp med resultatbasert modell så stemmer vi for 75% institutt og 25% fakultet med 3 års snitt. Alternativ resultatbasert modell vi foreslo over virker spennende og kan være aktuell i stede for aktivitetsbasert modell, men må utredes mer. Dette fordi det vil gi mer stabilitet i økonomien fra år til år og gjør det litt enklere å planlegge og treffe budsjettmålene. Denne modellen vil også gi større utslag på instituttøkonomien over tid, noe som kan være problematisk ved vedvarende nedgang, men positivt ved oppgang.

Spørsmål 3: Bør Det medisinske fakultet innføre noen av de elementene som er mulige i både en aktivitetsbasert- og en resultatbasert modell (beskrevet i pkt. 6.3.2)

Hvis ja, i så fall hvilke av elementene? Begrunn svaret.

Hvis nei; i så fall hvilke av elementene? Begrunn svaret.

Svaret er nei, av samme grunn som argumentert i spørsmål 1. Risikoen er stor og mulighet for positiv utvikling liten. Oppsummert anser vi ikke at noe av dette er særlig attraktivt å resultatutsette som basert på de forslagene som ble fremmet i dokumentet. I vårt alternative forslag til resultatbasert modell, uten nedside for instituttet, så vil spesielt ph.d. belønningsmidlene og toppfinansieringen (BOA) potensielt være attraktivt å inkludere.

Rekrutteringsstillinger

Vi ønsker noen ph.d.er ut på instituttene. Hvordan denne fordelingen skal gjøres er et mer åpent spørsmål som vi kommer med forslag til i punkt E) under.

- A) Dette vil gi instituttet bedre konkurranseevne ifm. nyansettelser av faste vitenskapelige ved at det kan tildeles oppstartspakker. Dette er ofte nødvendig for å tiltrekke seg de best kvalifiserte forskerne.
- B) Videre vil vi kunne tildele slike stillinger til ansatte som har gode evalueringer fra søknader om eksterne forskningsmidler (veldig god score på NFR/ERC), men som ikke ble tildelt slike midler. En ph.d.-stilling vil da kunne styrke denne forskningsaktiviteten og øke sjansene for tildeling av eksternfinansiering til aktuelt prosjekt senere.
- C) Tildeling av ph.d.-stillinger vil da i større grad kunne følge prioriteringene til instituttet, både på generelt faglig grunnlag, og knyttet til forskningsmiljøer man anser viktige å støtte.
- D) Gir instituttet mulighet til å lyse ut en ph.d.-stilling åpent, som kan være gunstig dersom PI med et godt prosjekt som inst. ønsker å støtte, ikke har en kandidat gående i systemet, og dermed ikke kan søke på interne MED-utlysninger. Her har de kliniske instituttene en fordel siden de kan holde kandidater flytende gjennom sykehusstillinger og dermed kan bygge sterkere kandidater til utlysningene der man må søke med navngitt kandidat.
- E) Forslaget med å fordele ph.d.-stillinger ut fra antall hovedstillinger i min. 50% synes vi ikke er den beste måten å fordele på. Det bør i så fall fordeles ut fra reell aktivitet/behov/kvalitet og ikke kjøttvekt. I tillegg vil det ikke være gunstig at de som har stort overforbruk på lønn og har for mange ansatte i forhold til tildeling, belønnes for dette. IBM, som har gjort den tunge jobben med å ta ned antall vit. stillinger mye for å imøtekomme kravet om økonomisk balanse, straffes i en slik

foreslått modell og får relativt sett tildelt færre ph.d.er pga. dette. De som kan bruke mesteparten av pengene på vit. stillinger, siden de ikke har lab med kostbart utstyr og behov for å bruke en betydelig andel av budsjettet også på ingeniørstillinger, vil også komme meget gunstig ut i en slik foreslått modell. Behovet for ph.d.-studenter er kanskje størst for de som har våt-lab, så dette er en uheldig effekt. Det foreslås derfor at hvert institutt får 2, 3 eller 4 stillinger per år til fri bruk på instituttet. Resten av ph.d.ene beholdes på fakultetsnivå. Om det gis 2 stillinger til hver vil det være $2 \cdot 5 \cdot 3 = 30$ stillinger som låses mot instituttene (ph.d.en tildelt instituttleder er da ikke en del av dette tallet, og heller ikke egenandeler til større søknader. Disse gis i tillegg av fakultetet, slik som nå), av totalt 120. Dette vil gi fakultetet et større handlingsrom i forhold til den foreslåtte 50%-modellen slik at de også kan gjøre grep på sin side som de ser hensiktsmessige. Om det gis for eksempel 4 til hvert institutt, så vil 60 stillinger låses, og mer handlingsrom legges til instituttene.

Investeringer

Instituttet ønsker å fortsette nåværende modell der hoveddelen av investeringskostnaden kommer fra fakultetet, mens instituttene bidrar med en egenandel på 10-15%. Denne egenandelen kan eventuelt økes til 20%. Grunnen til det er at vi tenker det er meget sannsynlig at utstyrsparken på kjernefasilitetene ikke vil prioriteres opprettholdt av instituttene som allerede har en vanskelig økonomi (som egentlig gjelder alle instituttene) dersom de må betale mesteparten av kostnaden selv. Utstyret på kjernefasilitetene er et felles gode for hele MED, og da virker det meget fornuftig å bruke fellesmidler for å dekke størstedelen av kostnaden for det som skal kjøpes med interne penger.

Nulldekningsbidragsprosjekt

Instituttet synes forslaget fra prosjektgruppen som innebærer bortfall av husleie for BOA-stillinger, fjerning av tilskudd til nulldekningsbidragsprosjekt og justering av basisrammen til instituttene kan være en mulig løsning. Samtidig ser vi ikke tydelig nok hvordan dette vil slå ut annerledes enn nåværende modell. Dette bør komme tydelig frem slik at vi vet hva forskjellene blir. Det virker jo som om kostnaden på fellesmidlene blir ganske lik for begge de to modellene, så hvorfor er det da ønskelig å forelå noe annet enn det vi har nå? Den foreslåtte modellen kan gi begrensninger for en del institutt i forhold til at ikke alle som ønsker å søke får lov på grunn av for stor kostnad for instituttet. Et forslag her kan være at det i tillegg til foreslåtte modell åpnes for at for eksempel bevilgning tilsvare en ph.d.ut til instituttene (om det bestemmes at ph.d.er skal ut på instituttene) kan brukes til å dekke opp utgiftene instituttet har med slike

prosjekter der de ellers ikke hadde hatt økonomi til å søke. Dette kan potensielt gi 5 ph.d.er til prisen av en, samt at man potensielt kan få andre midler med på kjøpet som man ellers ville gått glipp av. Dette vil bero på at UiB åpner opp for en slik bruk av pengene som nå er øremerket rekrutteringsstillinger. Det er signaler fra sentralt hold som peker i en slik retning på ikke alt for lang sikt. Hovedgrunnen til at UiB holder på øremerking av rekrutteringsstillingene er i stor grad at de er redd for at UiB ikke får utdannet nok ph.d.er ellers. Ved foreslått bruk av noen av disse pengene kan vi altså potensielt få flere ph.d.er, og ikke færre. Et annet mulighet for å gjøre det mer attraktivt å søke 0-DB kan være dersom belønningsmidlene for PhDer legges til instituttene, med den modellen vi foreslår i dette skrevet (uten nedside for instituttet).

Framdriftsplan

Det ble veldig knapt med tid for å jobbe igjennom dette på en god nok måte. Instituttrådet stiller spørsmål ved hvorfor den oppgitte framdriftsplanen ikke har blitt fulgt. Ifølge planen skulle det ha vært “et samlet allmøte” for instituttrådene ved fakultetet “der det vil bli informert om prosessen”. Et slikt møte har ikke funnet sted. Høringsdokumentene skulle også ha blitt sendt ut mye tidligere (medio januar 2025, ifølge planen). De ble først sendt ut tidlig i mars, med mindre enn tre ukers svarfrist. Dette er svært uheldig da det vanskeliggjør en bred og grundig høringsprosess internt på instituttene. Det er også for liten tid til å se på alternative modeller i større dybde, samt å foreslå en balansert løsning da alle parameterne påvirker hverandre og danner en helhet. Her må styringsgruppen ha noen gode møter fremover for å diskutere det som nå kommer opp i mye større grad. Det settes også spørsmålstegn i forhold til om det burde vært en ekstern evaluering av dette.



Ny inntektsfordeling ved Det medisinske fakultet – svar fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS)

Rapporten er diskutert i ledergruppen ved IGS, inkludert for anledningen økonomikoordinator Siv Johnsen Eggereide og medlem av utvalget Oddvar Kaarbøe. Ledergruppen inkluderer de syv fagområdelederne, forskningsleder, undervisningsleder, innovasjons- og nestleder, administrasjonssjef og instituttleder.

Generelt oppleves rapporten som utfyllende og grundig, men at tilgjengeligheten kunne vært bedre gjennom mindre bruk av fagterminologi og/eller forenklede sammendrag. Det påpekes at mere tid ville vært nødvendig for gode lokale prosesser, noe også rådene under bærer noe preg av.

1. Bør Det medisinske fakultets inntektsfordelingsmodell være aktivitetsbasert eller resultatbasert?

Ledergruppen ga ikke en entydig avklaring på dette spørsmålet. Instituttleder, økonomikoordinator og administrasjonssjef anbefaler en resultatbasert modell. Den resterende ledergruppen er delt omtrent på midten i forhold til å anbefale en aktivitetsbasert eller resultatbasert modell.

Begrunnelse for en resultatbasert modell:

Hele finansieringssystemet fra KD via UiB sentralt og til fakultet har en resultatbasert komponent. Dersom denne komponenten ikke føres helt frem til det nivået der resultatene skal produseres mister vi en betydelig del av insentiveffekten. Videre blir det påpekt at de aller fleste fakulteter ved UIB (som fordeler budsjettmidler videre nedover til institutter) har en resultatbasert modell nedover i systemet, og at det er naturlig at også vårt fakultet går tilbake til en slik modell. Det ble også nevnt at en resultatbasert modell gir institutter større kontroll over egen utvikling.

Begrunnelse for en aktivitetsbasert modell:

Deler av ledergruppen er skeptisk til om en resultatbasert modell vil øke motivasjonen for å gi god undervisning/øke gjennomføringsgrad, eller vil ha noen påvirkning på tilslag på store forskningssøknader. Det kan tenkes det vil virke insentiverende for at man setter i gang nye emner, men gruppen ser for seg at en resultatbasert modell vil kunne føre til usunn konkurranse mellom instituttene, og motvirke samarbeid om undervisning på tvers av institutt. Det fremheves videre at en aktivitetsbasert modell er mer forutsigbar, og at den medfører mindre administrasjon i en tid der både faglige og administrative ressurser er sterkt presset. Denne skepsisen er noe mindre for de andre fagfeltene enn for undervisning/studiepoeng.

Bekymringen om hindring for undervisningssamarbeid mellom institutter deles også av tilhengere av resultatbasert modell, og det pekes på at avbøtende tiltak blir viktige for å unngå uønskede effekter.

2. Hvis resultatbasert: modell 1 eller 2?

Begrunnelse:

Vi foretrekker modell 1 fordi den er basert på et rullerende treårig gjennomsnitt. Dette vil avdempe effekten av mer tilfeldige svingninger (for eksempel ved at få disputaser ett år normalt etterfølges av mange disputaser året etter). Modell 2 vil slik vi forstår det kunne bidra til at årlige svingninger får relativt stor effekt.

3. Bør Det medisinske fakultet innføre noen av de elementene som er mulige i både en aktivitetsbasert- og en resultatbasert modell

Tilskudd til nullbidragsprosjekter

Vi anerkjenner at tilskudd til nullbidragsprosjekter kan bidra til flere viktige forskningsprosjekt ved fakultetet. Samtidig ser vi at utvalgets forslag for tildeling til nullbidragsprosjekter favoriserer de instituttene som i dag har en stor andel slike prosjekter. IGS har over tid hatt en stram økonomisk styring på dette feltet, noe som gjør at vi de senere år har hatt relativt små utgifter til nullbidragsprosjekter. En konsekvens av den foreslåtte modellen er at IGS dermed i denne sammenheng får relativt små overføringer.

Den foreslåtte modellen vil bidra til at institutter som over tid har hatt få nullbidragsprosjekter og som har prioritert bedre finansieringskilder subsidierer de instituttene som har hatt påtatt seg mange slike prosjekter. Forslaget innebærer at denne subsidieringen gjøres permanent gjennom å sementeres i fast overføring.

Den foreslåtte modellen har svært sterke positive insentivvirkninger, gjennom at instituttene for framtidige nullbidragsprosjekter gjøres budsjettansvarlige. Dette vil føre til dreining av søknader bort fra Kreftforeningen og i retning bedre finansieringskilder, som er en ønsket utvikling. Utvalgets forslag inneholder altså en logisk kontradiksjon mellom det kraftige insentiv-elementet, for framtidige prosjekter, og overføringsmodellen, som er basert på historiske tall. I praksis vil det derfor ikke være nødvendig å fulldimensjonere de foreslåtte overføringene for å oppnå budsjettneutralitet. Kanskje vil 50% justering være mere treffsikkert for målsetningen om budsjettneutralitet?

Rekrutteringsstillinger

IGS stiller seg positiv til forslaget om at halvparten av rekrutteringsstillingene (60) tildeles instituttene og at resten beholdes ved fakultetet. En slik modell vil gi instituttene et strategisk handlingsrom. Vi får mulighet til selv å styrke lokale satsinger og kan eksempelvis tildele stipendiatstillinger ved rekruttering av fremstående professorer, eller bruke som egenandel i søknader.

Vi mener det vil være en fordel om den økonomiske forvaltningen av stillingene også i fortsettelsen håndteres av fakultet slik at disse kan følges opp samlet. Dette vil spare instituttene for en del arbeid og samlet sett være mest rasjonelt.

Angående investeringer

Vi støtter i prinsippet forslaget om at kostbart utstyr kan finansieres ved at fakultetets fellesmidler legger ut for kjøpet i investeringsåret, og at instituttet betaler tilbake 80% av kostnaden over 4 år. Vi mener at instituttene bør ha et stort økonomisk ansvar for egne investeringer, men er åpne for at den prosentvise fordelingen mellom institutt og fakultet kan vurderes nærmere for å ikke strupe investeringer i infrastruktur for mye.

Skal fellesmidlene ved fakultetet lønns- og priskompenseres?

Vi støtter forslaget om at fakultetsadministrasjonen og fellesmidlene prisjusteres på lik linje med instituttenes basisøkonomi.

Uten en prisjustering vil fakultetets handlingsrom gradvis minke.



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/5189
Styresak
35/25

Dokumentdato
29/04/2025
Møtedato
07.05.2025

Krav til sakkunnig- og vurderingskomité ved tilsetting vitskaplege-, forskar- og rekrutteringsstillinger etter endringar i ny Universitets- og høgskulelov (UH-lov) og ny Universitets- og høgskuleforskrift (UH-forskrift)

Tilvising til bakgrunnsdokument

- [Lov om universiteter og høyskoler \(universitets- og høyskoleloven\) - Lovdata](#) (UH-lova)
- [Forskrift til universitets- og høyskoleloven \(universitets- og høyskoleforskriften\) - Lovdata](#) (UH-forskrift)
- [Reglement for ansettelse i undervisnings- og forskningsstillinger, rekrutteringsstillinger og lederstillinger på åremål — Regelsamlingen documentation](#) (UiB-tilsettingsreglement)
- [Lov om statens ansatte mv. \(statsansatteloven\) - Lovdata](#) (SAL)
- [Personalreglement for Universitetet i Bergen \(UiB\) — Regelsamlingen documentation](#) (Personalreglement)
- [Reglement for opprykk til forsker 1109 i statlige virksomheter — Regelsamlingen documentation](#) (Reglement opprykk forskar 1109)
- [Regler for opprykk til forsker kode 1183 — Regelsamlingen documentation](#) (Reglement opprykk forskar 1183)

Bakgrunn

Bakgrunn for saka er at det i ny Universitets- og høgskulelov (UH-lov) og ny Forskrift til universitets- og høgskulelov (UH-forskrift) er gjort endringar i krav til sakkunnig komité ved tilsetting i vitskaplege-, forskar og rekrutteringsstillinger.

Som fylgje av endringar i gjeldande føresegner har UiB også gjort endringar i UiB-tilsettingsreglement og Personalreglementet. I UiB-tilsettingsreglementet er det opning for at fakultetsstyret kan gjere vedtak om andre ordningar eller presisere ynskja ordning. På same måte opnar UiB-reglementet opp for tolking, og dekan kan difor be om at fakultetsstyret stadfestar dette gjennom vedtak.

I saka nedafor vil det fyrst gjerast greie for heimel og krav til dei ulike stillingskategoriane som vert omfatta. Vidare vil det verte gjort greie for tilfella der fakultetsleiinga har gjort sine vurdering og der dekan ber fakultetsstyret fatte vedtak om val av komitéordning og presisering av desse.

Saksframstilling av gjeldande rett

- a) Ved tilsetting i undervisning- og forskingsstillingar i fyrste-/hovudstilling som; professor, fyrsteamanuensis, dosent og fyrstelektor er det krav til sakkunnig komité, jf. UH-lova § 7-2 2. ledd jf. UH-forskrifta §§ 3-10, 3-11 og 3-12.

Samansetninga av sakkunnig komité er etter UH-forskrifta § 3-11 1. ledd:

«Den sakkyndige komiteen skal ha minst tre medlemmer med minimum tilsvarende kompetanse som stillingskategorien det skal ansettes i eller som det søkes om overgang eller opprykk til. Minst to av medlemmene må ha kompetanse innenfor samme fagområde som søkeren. Begge kjønn skal være representert, jf. [universitets- og høyskoleloven § 7-2 andre ledd](#). Leder av komiteen skal være ekstern.»

- b) Ved tilsetting i undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraerervsstilling (bistilling), er det ikkje lenger krav til sakkunnig komité, jf. UH-lova § 7-6 d) jf. § 7-7 og UH-forskrifta jf. § 3-11 4. ledd.

Det enkelte fakultetsstyre kan sjølv vurdere om det skal gjerast unntak for utdanningsfagleg kompetanse, norskferdigheiter på B2 nivå og om det skal opprettast vurderingskomité ved tilsetting i ekstraererv. jf. UiB-tilsettingreglement pkt. 6.2.2. *Oppnevning av sakkyndig komité/vurderingskomité.*

Samansetning av vurderingskomité er etter UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2.:

«Der det beslutte å opprette vurderingskomité bør de tre vitenskapelig medlemmene ha minst tilsvarende kompetanse som stillingskategorien det skal ansettes i. Begge kjønn skal være representert i vurderingskomiteen, med mindre det kan begrunnes at slik representasjon ikke er mulig.»

- c) Ved tilsetting som universitets- og høyskulelærer og -lektor er det ikkje lenger krav til sakkunnig komité, jf. UH-lova § 7-2 2. ledd jf. UH-forskrifta §§ 3-10 og 3-11 2. og 3. ledd.

UiB har jamvel bestemt i UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2. at for:

«[A]nsettelse i faste stillinger skal det være vurderingskomité med tre vitenskapelig ansatte. Minst et av medlemmene må være førsteamanuensis eller professor. De øvrige medlemmene må ha minst tilsvarende kompetanse som stillingskategorien det skal ansettes i. Begge kjønn skal være representert i vurderingskomiteen, med mindre det kan begrunnes at slik representasjon ikke er mulig.»

- d) Ved tilsetting av i forskar er det ikkje heimelsgrunnlaget for tilsettinga etter UH-lova eller UH-forskrifta, men tilsetting etter Statsansattelova (SAL). Det er soleis i utgangspunktet ikkje krav til sakkunnig komité ved tilsetting i forskarstillingar.

UiB har i Personalreglementet pkt. 8 likevel bestemt at det ved tilsetting av forskar skal vere krav til sakkunnig komité. Samansetting av komité kjem fram av Reglement opprykk forkar 1109 § 6 og Reglement opprykk forskar 1183 § 3.

Samansetting av sakkunnig komité etter § 6:

«[S]kal bestå av 3 medlemmer som har kompetanse innen søkers fagområde/fagfelt. Minst en av de sakkyndige må ha kompetanse over forsker 1109 nivå. De øvrige må ha forsker 1109 kompetanse. Minst ett av medlemmene i utvalget bør være tilsatt i et fagmiljø som har fått ansvar for doktorgradsutdanning. To av de sakkyndige skal velges utenom den virksomhet som stillingen er knyttet til, dersom ikke helt spesielle hensyn er til hinder for det. Begge kjønn skal om mulig være representert i utvalget.»

- e) Ved tilsetting i rekrutteringsstillinger – postdoktor, stipendiat, spesialistkandidat og vitskapleg assistent er det ikkje krav til sakkunnig komité, jf. UH-loven f) – i) jf. UH-forskrift §§ 3-12 og høvesvis §§ 3-18, 3-19, 3-20 og 3-21.

For postdoktorstillinger er det i UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2. likevel sett krav til vurderingskomité som skal:

«bestå av minst tre vitenskapelig ansatte. Begge kjønn skal være representert i komiteen, med mindre det kan begrunnes at slik representasjon ikke er mulig.»

For stipendiatstillinger er det i UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2. likevel sett krav til vurderingskomité som skal:

«bestå av minst to vitenskapelig ansatte. Begge kjønn skal være representert i komiteen, med mindre det kan begrunnes at slik representasjon ikke er mulig.»

For spesialistkandidat og vitskapleg assistent er det ikkje sette krav til vurderingskomité i UiB-tilsettingsreglementet, men innstillande mynde må likevel gjere vurderingar etter pkt. 6.2.2.:

«ved ansettelse i stilling som spesialistkandidat vurdere om søkerne oppfyller kravene til basisutdanning, og om de er tilstrekkelig faglig kompetent etter den plan for spesialistutdanning som ansettelsen gjelder.»

Vurderingar frå fakultetsleiinga

Ovanfor er det søkt gjort greie for gjeldande utgangspunkt og rett vedkomande vurdering av fagleg kvalifikasjonar ved tilsetting ved UiB og Det medisinske fakultet.

Som nemnd ovanfor er det i UiB-tilsettingsreglementet opna for at fakultetsstyret kan gjere vedtak om andre ordningar eller presisere av ynskja ordning.

- a) Ved tilsetting i fyrste-/hovudstilling som professor, fyrsteamanuensis, dosent, fyrstelektor og forskar, legg dekan til grunn gjeldande reglar om krav til sakkunnig komité, jf. UH-lova med forskrift.
- b) Ved tilsetting i undervisning- og forskningsstillinger på åremål i ekstraerervstilling (bistilling) er det i UH-forskrifta § 3-11 4. ledd opna opp for at det *kan* gjerast tilsetting utan sakkunnig komité og

universitetsstyret har vedteke ei alternativ vurderingsordning – ved bruk av vurderingskomité. I gjeldande UiB-tilsettingsreglement pkt. 6.2.2. heiter det:

«Det enkelte fakultetsstyre kan selv vurdere om det skal gis unntak for utdanningsfaglig kompetanse, norskferdigheter på B2 nivå og om det skal opprettes vurderingskomité ved ansettelse i ekstraerverv.»

Fakultetsleiinga har vurdert om Det medisinske fakultet skal halde fast på sakkunnig komité eller fylgje opninga i UiB-tilsettingsreglementet om vurderingskomité, alternativt å ikkje ha særskilt komité i det heile, som det no er opna opp for.

Det har vore viktig for fakultetsleiinga at ein ikkje ynskjer at ekstraervervstillingane skal stå noko attende fagleg, samanlikna med fyrste-/hovudstillingane. Samstundes har fakultetsleiinga måtte ta omsyn til kostandar knytt til komitéarbeid og ressursbruk ved tilsetting i slike stillingar. Det medisinske fakultet har over 270 ekstraervervstillingar. Det er ved endringar i UH-lova også skjerpa krav til utlysing, som vil krevje monaleg auke i tilsettingsprosessar i tida framover. Med omsyn til dette, og at det er samansetning av komiteen som er den store skilnaden, har dekanatet vurdert at kravet til vitenskapleg kvalitet ved tilsetting i ekstraerverv vil verte stetta gjennom ein vurderingskomité.

Det er også i UiB-reglement gjort opning for at vurderingskomité også er intervjukomité. Dette er stadfesta av HR-avdelinga. Fakultetsleiinga har vurdert i kva grad ein ynskjer og nytte seg av denne opninga i desse stillingane. Her har fleire av dei omsyn som er nemnd ovanfor også blitt vurdert, saman med omsynet til kvalitetssikring i tilsettingsprosessen.

Fakultetsleiinga har kome til fylgjande konklusjon:

- i. Ved tilsetting i undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling skal det nyttast vurderingskomité.
 - ii. Ved tilsetting som professor og fyrsteamanuensis på åremål i ekstraervervstilling skal det både vere eigen vurderingskomité og eigen intervjukomité.
 - iii. Ved tilsetting som universitetslektor og andre undervisnings- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling er vurderingskomité også intervjukomité.
 - iv. Ved tilsetting undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling skal det som *hovudregelen vere krav* til utdanningsfagleg kompetanse, men det kan gjerast unntak i særskilte tilfelle og/eller settast krav om at utdanningsfagleg kompetanse vert opparbeidd innan nærare tidsfrist.
 - v. Ved tilsetting undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling er det i *hovudregelen ikkje krav* til norskkunne på B2 nivå, men det kan gjerast unntak i særskilte tilfelle der det er behov og/eller settast krav om at språk kompetanse vert opparbeidd innan nærare tidsfrist.
- c) Ved tilsetting som universitets- og høgskulelærer og -lektor er det ikkje lenger krav til sakkunnig komité, jf. UH-føresegnene. UiB har likevel bestemt at det skal vere vurderingskomité for fast stillingar. Dekan legg til grunn at det skal vere vurderingskomité også ved ekstraerverv, jf. ovanfor. Fakultetsleiinga meiner at ei naturleg løysing vil vere å krevje vurderingskomité også ved tilsetting i andre mellombels stillingar, som t.d. vikariat.

Fakultetsleiinga har kome til fylgjande konklusjon:

- i. Ved tilsetting som universitetslektor eller -lærer i fast eller mellombels stilling skal det vere vurderingskomité som også er intervjukomité.
- d) Ved tilsetting av i forskar legg fakultetsleiinga til grunn gjeldande reglar om krav til sakkunnig komité, jf. UiB-tilsettingsreglement.
- e) Ved tilsetting i rekrutteringsstillingar – postdoktor, stipendiat, spesialistkandidat og vitskapleg assistent er det ikkje krav til sakkunnig komité, jf. UH-lova med forskrift.

Fakultetsleiinga har vurdert dei moglegheiter som ligg i UiB-tilsettingsreglementet vedkomande vurderingskomité opp mot dei behov Det medisinske fakultet har for å sikre ein god rekrutteringsprosess og kvalifiserte kandidatar til rekrutteringsstillingar.

For postdoktorstillingar legg fakultetsleiinga til grunn gjeldande reglar om krav til vurderingskomité, jf. UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2. og meiner det er føremålstenleg at vurderingskomité også skal vere intervjukomité.

For stipendiatstillingar er det i UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2. sett krav til vurderingskomité. Dette kravet kan fakultetsstyret fråvike. Fakultetsleiinga vurderer det som føremålstenleg å leggje til grunn gjeldande reglar om krav til vurderingskomité, jf. UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2. og at vurderingskomité også skal vere intervjukomité. Det bør vere unntak for vurderingskomité ved sokalla «fellesutlysingar». Dette er utlysingar som *ikkje* vert lyst ut ved institutta, men der fakultetsleddet lyser «opne» stipendiatstillingar der kandidaten kan søke stipendiatstilling basert på eigne prosjekt. I denne typen rekrutteringsprosess vert det nytta annan form for kvalifikasjonsvurderingar.

For spesialistkandidat og vitskapleg assistent legg fakultetsleiinga til grunn at det ikkje er sette krav til vurderingskomité i UiB-reglementet, men innstillande mynde må gjere vurderingar etter UiB-tilsettingsreglementet pkt. 6.2.2.

Fakultetsleiinga har kome til fylgjande konklusjon:

- i. Ved tilsetting som postdoktor skal det vere vurderingskomité som også er intervjukomité.
- ii. Ved tilsetting som stipendiat skal det vere vurderingskomité som også er intervjukomité, for utanom fellesutlysingar som fylgjer eigen kvalifikasjonsvurdering.

Oppsummert i tabell:

OVERSYN OVER KRAV TIL SAKKUNNING- OG VURDERINGSKOMMITE ETTER ENDRINGA I NY UH-LOV		
STILLINGSTYPE	NYE KRAV ETTER UH-LOV, FORSKRIFT OG UIB- TILSETTINGSREGLEMENT	DEKANATET SINE VURDERINGAR
Professor	Sakkunnig komité jf. UH-forskrifta §§ 3-10 og 3-11	Legg til grunn krav til sakkunnig komité jf. UH-føresegner.
Fyrsteamanuensis	Sakkunnig komité jf. UH-forskrifta §§ 3-10 og 3-11	Legg til grunn krav til sakkunnig komité jf. UH-føresegner.

Dosent	Sakkunnig komité jf. UH-forskrifta §§ 3-10 og 3-11	Legg til grunn krav til sakkunnig komité jf. UH-føresegner.
Fyrstelektor	Sakkunnig komité jf. UH-forskrifta §§ 3-10 og 3-11	Legg til grunn krav til sakkunnig komité jf. UH-føresegner.
Forskar	Sakkunnig komité jf. Personalreglement	Legg til grunn krav til sakkunnig komité jf. Personalreglement
Universitets- og høgskulelærer og -lektor	Ikkje krav til sakkunnig komité, jf. UH-forskrifta jf. § 3-11, men fast stillingar skal ha vurderingskomité jf. UiB-tilsettingsreglement	Ynskjer vurderingskomité, som også er intervjukomité, for fast og mellombelse stillingar.
Ekstraerverv	Ikkje krav til sakkunnig komité, jf. UH-forskrifta jf. § 3-11. Det einskilde fakultetsstyre kan sjølv vurdere om det skal gjerast unntak for utdanningsfagleg kompetanse, norskkompetanse på B2 nivå og om det skal opprettast vurderingskomité ved tilsetting i ekstraerverv. jf. UiB-tilsettingsreglement.	1) Ynskjer vurderingskomité ved fyrsteamanuensis og professor, jf. UiB-tilsettingsreglement. 2) Ynskjer vurderingskomité, som også er intervjukomité, for universitetslektor og andre undervisnings- og forskingsstillinger, jf. UiB-tilsettingsreglement. 3) Ynskjer at det i hovudregelen skal vere krav til utdanningsfagleg kompetanse, men med opning for unntak, jf. UiB-tilsettingsreglement. 4) Ynskjer at det i hovudregelen ikkje skal vere krav til norskkompetanse, men med opning for unntak, jf. UiB-tilsettingsreglement.
Postdoktor	Ikkje krav til sakkunnig komité jf. UH-lova, men krav om vurderingskomité, jf. UiB-tilsettingsreglement.	Legg til grunn krav om vurderingskomité, som også er intervjukomité, jf. UiB-tilsettingsreglement.
Stipendiat	Ikkje krav til sakkunnig komité jf. UH-lova, fakultetsstyret kan fråvike kravet om vurderingskomité jf. UiB-tilsettingsreglement.	1) Ynskjer ikkje å fråvike kravet om vurderingskomité, som også er intervjukomité. 2) Unntak for kravet om vurderingskomité i ved «fellesutlysingar», jf. UiB-tilsettingsreglement.
Spesialistkandidat	Ikkje krav til vurderingskomité, jf. UiB-tilsettingsreglement.	Legg til grunn krav om at innstillande mynde må ved tilsetting vurdere om søkaren fylgjer krava til basisutdanning, og om vedkomande er tilstrekkeleg fagleg kompetent etter den plan som tilsettinga gjeld, jf. UiB-tilsettingsreglement.

Vitskapleg assistent	Ikkje krav til vurderingskomité, jf. jf. UiB-tilsettingsreglement.	Legg til grunn krav om at innstillande mynde må ved tilsetting vurdere om søkeren fylgjer krava til basisutdanning, og om vedkomande er tilstrekkeleg fagleg kompetent etter den plan som tilsettinga gjeld, jf. UiB-tilsettingsreglement.
----------------------	--	--

Forslag til vedtak

- i. Ved tilsetting i undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling skal det nyttast vurderingskomité.
- ii. Ved tilsetting som professor og fyrsteamanuensis på åremål i ekstraervervstilling skal det både vere eigen vurderingskomité og eigen intervjukomité.
- iii. Ved tilsetting som universitetslektor og andre undervisnings- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling er vurderingskomité også intervjukomité.
- iv. Ved tilsetting undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling skal det som *hovudregelen vere krav* til utdanningsfagleg kompetanse, men det kan gjerast unntak i særskilte tilfelle og/eller settast krav om at utdanningsfagleg kompetanse vert opparbeidd innan nærare tidsfrist.
- v. Ved tilsetting undervisning- og forskingsstillingar på åremål i ekstraervervstilling er det i *hovudregelen ikkje krav* til norskkunne på B2 nivå, men det kan gjerast unntak i særskilte tilfelle der det er behov og/eller settast krav om at språk kompetanse vert opparbeidd innan nærare tidsfrist.
- vi. Ved tilsetting som universitetslektor eller -lærer i fast eller mellombels stilling skal det vere vurderingskomité som også intervjukomité.
- vii. Ved tilsetting som postdoktor skal det vere vurderingskomité som også er intervjukomité.
- viii. Ved tilsetting som stipendiat skal det vere vurderingskomité som også er intervjukomité, for utanom fellesutlysingar som fylgjer eigen kvalifikasjonsvurdering.

Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

29/04/2025/Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/4913
Styresak
36/25

Dokumentdato
29/04/2025
Møtedato
07.05.2025

Ph.d.-utdanningsmelding 2024 Det medisinske fakultet

Henvisning til bakgrunnsdokumenter

[Bestilling om ph.d. utdanningsmelding fra Forsknings- og innovasjonsavdelingen](#)

[Bestilling om ph.d. utdanningsmelding til instituttene](#)

Bakgrunn

Det medisinske fakultet utarbeider hvert år en ph.d.-utdanningsmelding etter bestilling fra Forsknings- og innovasjonsavdelingen (FIA).

Arbeidsprosess

Når bestillingen for ph.d.-utdanningsmelding kommer fra FIA, sendes en bestilling til instituttene for deres ph.d.-utdanningsmeldinger til fakultetet. MED mottok bestillingen fra FIA datert 25.11.24 og fakultetet sendte bestillingen til instituttene 12.12.24 med frist 20.02.25. I perioden februar-mars utarbeidet forskerutdanningsadministrasjonen ved Forskningsseksjonen fakultetets ph.d.-utdanningsmelding for 2024. Meldingen er delvis basert på informasjon i instituttene meldinger og på fakultetets egne beskrivelser av det systematiske kvalitetsarbeidet for ph.d.-utdanningen som er gjort på fakultetet i 2024 og for statistikk.

Ph.d.-utdanningsmelding for 2024 ble behandlet i Programutvalg for forskerutdanning 26.04.25. MED har frist for innsending av meldingen til FIA 27.04.25 og det var ikke mulig å få en utsettelse av innsending til etter behandlingen i Fakultetsstyret 7. mai. Det er likevel mulig å sende inn en eventuelt justert versjon til FIA dersom det er behov for revisjon etter Styrets behandling. Meldingen legges med dette frem for behandling i Fakultetsstyret.

Kommentarer fra ledelsen

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret støtter forslaget til ph.d.-utdanningsmelding 2024 for Det medisinske fakultet med de endringene som kom frem i møtet.

29/04/2025/Hege Ommedal



Ph.d.-utdanningsmelding 2024

Innhold

Oppfølging av foregående års ph.d.-utdanningsmelding og eventuelle tiltak som har blitt gjennomført	1
Nøkkeltall	2
Opptak og gjennomføring	2
Antall kandidater som disputerte innen 6 år ved utgangen av 2024	2
Mindre omarbeiding	4
Kandidatenes bidrag til forskningen ved fakultetet	4
Strategiske vurderinger som gjøres ved ansettelse og opptak av kandidater og hvordan kandidatene utfyller allerede eksisterende forskningsfelt	4
Graden av nyskapende forskning og økt oppmerksomhet på innovasjon i forskerutdanningen ...	4
Forskerskoler	5
Fakultetets systematiske kvalitetsarbeid	5
Oppfølging av framdriftsrapporter	5
Midtveisevaluering	5
Gjennomføring av medarbeider- eller oppfølgingssamtaler	5
Onboarding	6
Opplæringsdelen	6
Emneevalueringer	6

Oppfølging av foregående års ph.d.-utdanningsmelding og eventuelle tiltak som har blitt gjennomført

I 2024 har Det medisinske fakultet (MED) arbeidet systematisk videre med kvaliteten i ph.d.-programmet.

Revisjoner

- Høringsinnspill til UiBs revisjon av ph.d.-forskriften.
- Revisjon av programbeskrivelsen for ph.d.-programmet i medisin. (i) Stillingstype som oppnevnes som veileder og (ii) antall artikler som godkjennes som originalt arbeid i avhandlinger.
- Revisjon av retningslinjer for doktoravhandlinger ved MED hvor det er utarbeidet egne retningslinjer for monografier.
- Revisjon av retningslinjer for midtveispresentasjon og midtveiskomiteen.

Nasjonal og internasjonal kvalitet kalibrering

1.Orpheus¹ Label

Ph.d.-programmet i medisin ble i 2015 tildelt kvalitetsstempelet *Orpheus Label*, som viser at programmet oppfyller høye standarder innen viktige områder, inkludert forskningsmiljø, resultater, opptakspolitikk og -kriterier, ph.d.-opplæringsprogram, veiledning, ph.d.-avhandling, vurdering og struktur for forskerskoler. Tildeling av dette kvalitetsbeviset er basert på selvevaluering av ph.d.-programmet ved institusjonen, som vurderes av Orpheus internasjonal evalueringskomite, etterfulgt av en *site-visit*. *Orpheus Label* må fornyes hvert 6. år. I 2024 søkte MED på nytt og sendte inn en egenevaluering med svar på etterspurte kriterier som ble oppdatert i henhold til gjeldende regler og beste praksis. Evalueringen ble godkjent med gode tilbakemeldinger, men det hadde imidlertid vært kjærkomment med tilbakemeldinger om områder vi kan forbedre ytterligere.

2. NORDOC: Felles kursportefølje og ph.d. nettverksbygging blant de medisinske fakultetene i Norden.

3. Nasjonale prodekan og dekanmøter mellom medisinske fakulteter i gruppen av BOTT-universiteter

I møtene diskuteres tema som er relevant for forskning og forskerutdanning og beste praksis deles. I 2024 diskuterte vi rutiner ved nærings-ph.d., felles forsøksdyrkurs, tekstgjenkjenningsrutiner, bruk av AI i doktorgradsavhandlinger og monografiavhandlinger.

Dialogmøter med instituttene

Det medisinske fakultet gjennomfører hvert år dialogmøter om forskerutdanningen med instituttene med utgangspunkt i instituttens utdanningsmeldinger. En enkeltvis gjennomgang av ph.d.-kandidatene er en viktig del av møtet. Instituttene har god oversikt over kandidatene, og instituttene ph.d.-koordinatorene er nøkkelpersoner i tett oppfølging i samarbeid med instituttledelsen. Fakultet berømmer instituttens kontinuerlig kvalitetsutviklings arbeid og ærlighet i å luften utfordringer i kandidatoppfølgingen gjennom gjensidig meningsfulle dialog.

Økt veilederkompetanse

Blant UiBs ph.d.-kandidater er kandidatene på MED de mest fornøyde med veiledningen hvor 77 % oppgir å være fornøyd eller svært fornøyd med veiledningen. Fakultetet har søkelys på styrket veilederkompetanse og kvalitet i veiledningen gjennom målrettet veilederopplæring². I 2024 gjennomførte fakultetet et vellykket halvdagsseminar med temaet *How to give good written feedback to PhD candidates: A seminar for PhD Supervisors* hvor

¹ [ORPHEUS: Organisation for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in the European System.](#)

² [Veilederopplæring for ph.d.-veiledere ved Det medisinske fakultet | Det medisinske fakultet | UiB](#)

førsteamanuensis og merittert underviser, Robert Morris Gray Jr. ved institutt for pedagogikk var invitert til å holde veileder-workshop om temaet *Hvordan gi skriftlig tilbakemelding til ph.d.-kandidater*. Seminaret var engasjerende, og veiledere hadde mulighet til å ta med eksempeltekster som de hadde opplevd vansker med å gi tilbakemelding på. Under seminaret kunne de jobbe med disse tekstene og motta konstruktive råd fra sine kolleger. Visedekan for forskerutdanning deltok på en internasjonal *train-the-trainer*-opplæring i regi av Orpheus, med fokus på hvordan institusjonene, gjennom effektiv og virkningsfull veilederopplæring, fører til fornøyde kandidater som gjennomfører på tid, økt institusjonelt omdømme gjennom økt pedagogisk kompetanse, kjennskap til barrierer og bruk av effektive insentiver. Tilfredstillende med veiledning har sterk sammenheng med vellykket fullføring³.

Ph.d.-seminar om mental helse

Som forebyggende tiltak, arrangerte MED sammen med NT-fakultetet et 1½-dagers pilot-kurs for ph.d.-kandidater om *Maximizing Efficiency and Thriving in Your Doctoral Journey*⁴, ledet av UiBs bedriftshelsetjeneste-psykolog Andreas Schei. Planleggingen startet sent på høsten i 2024 og kurset ble holdt 6.-7. februar 2025. Formålet var å hjelpe ph.d.-kandidater og forskere tidlig i karrieren med å lære selv-ledelse; å maksimere effektiviteten og mestre balansen mellom arbeid og fritid. MED deltok i dette som et ledd i støtte til ph.d.-kandidater for fullføring av doktorgraden på normert tid.

MED, i samarbeid med HR sentralt, initierte også et kurs for alle ph.d.-koordinatorene ved UiB, ledet av psykolog Andreas Schei. Målet var å gi dem kompetanse i å gjenkjenne kandidater som sliter, samt å gi dem verktøy for å hjelpe eller henvise dem til riktig oppfølging.

Nøkkeltall

Opptak og gjennomføring

I 2024 tok fakultetet opp 91 nye kandidater. Opptakene fordelte seg slik: 22 ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, 25 ved Klinisk institutt 1, 34 ved Klinisk institutt 2, 6 ved Institutt for biomedisin og 4 ved Institutt for klinisk odontologi. Dette er en økning fra 2023 da vi tok opp 79 nye kandidater. Økningen skyldes trolig at fakultetet lyste ut egenfinansierte-stipendiatstillinger i 2024 i motsetningen til i 2023 av økonomiske grunner. I tillegg lyste NFR igjen ut FRIPRO-midler i 2024. Et institutt ved MED koordinerer et EU Horizon-nettverk ph.d.-prosjekt, og minst to andre forskningsgrupper ved samme institutt deltar i andre EU ph.d.-nettverksprosjekter. Vi fikk tildelt en SFF og flere eksterne toppfinansieringer (EU Horizon og Frontiers Science) som bidro til rekruttering av flere ph.d.-kandidater.

Totalt ble det avlagt 88 doktorgrader ved fakultetet med følgende fordeling: 23 ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin hvorav to i samarbeid med Universitetet i Hawassa i Etiopia (fellesgrad) og én dr.philos., 26 ved Klinisk institutt 1, 24 ved Klinisk institutt 2, 13 ved Institutt for biomedisin og 2 ved Institutt for klinisk odontologi.

Dette er en økning fra 80 disputaser i 2023. MED hadde en nedgang fra 99 i 2022 til 80 i 2023, som kunne skyldes koronapandemien etterslep, men erfarte en økt pågang av innleveringer for disputas tidlig våren 2024. Vi antok den gangen at antallet disputaser ville øke i 2024 sammenlignet med 2023, noe som viste seg å være riktig.

Antall kandidater som disputerte innen 6 år ved utgangen av 2024 (startår 2018) var 75, tilsvarende 69 % (n=109). Tilsvarende tall for startår 2017 ved utgangen av 2023 (n=117) var 84 stk./72 %. For opptaksåret 2016 var tallet hhv ca. 70 % (Tabell 1), som viser relativ stabilitet. Isolert sett er det vanskelig å peke på konkrete årsaker til

³ [Factors that influence PhD candidates' success: the importance of PhD project characteristics](#)

⁴ [Seminar for PhD Candidates: Maximizing Efficiency and Thriving in Your Doctoral Journey | Faculty of Medicine | UiB](#)

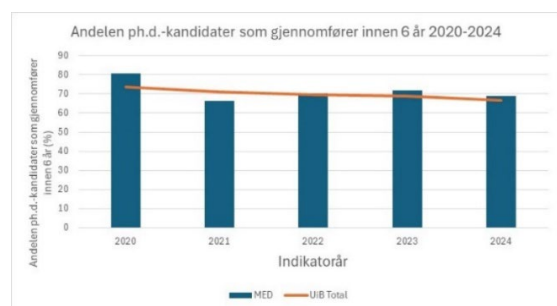
at dette tallet har en gitt verdi for et gitt indikatorår. Ser vi på tallene i en noe lenger tidsperiode, som de siste fem år, har UiB totalt hatt en prosentvis nedgang i andelen kandidater som gjennomfører innen 6 år fra 73,7% i 2020 til 66,6% i 2024. MED har hatt en noe variabel uttelling, men totalt sett har det vært en nedgang fra 80,6% i 2020 til 68,8% i 2024, med koronaåret 2021 som et bunnpunkt med 66,3% (Figur 1). Det er komplekse årsaker til resultatet for en indikatorperiode på en tidsperiode på 6 år, både på systemisk nivå inkludert noen år med lavere opptak, og på individnivå. Koronaperioden medførte forlengelser for mange kandidater, mens ulike typer forsørgeransvar og andre livshendelser påvirker gjennomføringstiden på individnivå. I samme perioden har det vært økende sykefravær i samfunnet generelt, også blant stipendiatene. Sykefraværet på MED er på linje med sykefraværet ved andre medisinske fakulteter i Norge. Derfor har MED hatt sterkt fokus på hvem bør være ph.d.-veiledere og antall veiledere i veilederteamet (for å sikre kvalitet og unngå ansvarspulverisering), opplæringstilbud til veiledere og selvledelse/mestringskurs ved psykolog til kandidatene, samt karriereseminarer for å forebygge bekymringer om karriereveier.

Instituttene og fakultetet jobber systematisk for at kandidater som er på overtid skal levere avhandling og fullføre doktorgraden. Noen skrives ut av programmet etter at opplæringsdelen er fullført og leverer avhandling og disputerer på et senere tidspunkt. Andre får tett og individuell veiledning både faglig og menneskelig og står i programmet til innlevering og disputas. Slike avveininger er et tema på dialogmøtene med instituttene hvor vi ser at noen kandidater vanskelig lar seg skrive ut da det ligger tunge menneskelige hensyn bak vurderingen om å la dem stå i programmet.

Tabell 1

Andelen ph.d.-kandidater på MED som gjennomfører innen seks år

Indikator-år	Start-år	Disputert				Total
		Ja	Ja	Nei	Nei	
		Andel	Antall	Andel	Antall	
2024	2018	68,81 %	75,0	31,19 %	34,0	109,0
2023	2017	71,79 %	84,0	28,21 %	33,0	117,0
2022	2016	70,37 %	76,0	29,63 %	32,0	108,0



Figur 1: Andelen ph.d.-kandidater på MED som gjennomfører innen 6 år for indikatorårene 2020-2024, sammenlignet med UiB total.

Fakultetsadministrasjonen, anført av Dekanetet, er svært opptatt av å legge best mulig til rette for at MED sin ph.d. kandidater kan gjennomføre sin doktorgrad innen avtaleperioden. Det er satt inn store ressurser både overfor kandidatene, med seminarer og kurs, og overfor veiledere med målrettet veilederopplæring for å styrke og støtte dem i deres møte med sine kandidater, men også opplæring av de på fakultetet som skal *train-the trainers*. Noe av dette er beskrevet over. Det er positivt å se at MEDs trend har vært noe oppadgående de siste tre indikatorårene hvor det har vært satt inn store ressurser både i kandidatoppfølging og veilederopplæring. Vi må holde trykket oppe i dette viktige kvalitetsarbeidet med mål om at andelen kandidater som gjennomfører innen 6 år fortsetter å øke i årene som kommer.

Fakultetet er bedt om å kommentere en analyse av fem årskull 8 til 12 år tilbake i tid (oppstart 01.01.2012-31.12.2016, FS944.001) med det formål å få fakultetsvis statistikk over hvilken av kategorier kandidatene endte opp i. Tallene viser at MED er det største fakultetet på ph.d.-siden med høyest antall nye kandidater og høyest

andel disputerte. Selv om vi nettopp har diskutert at andelen kandidater som disputerer etter 6 år har gått ned i løpet av de siste 5 år, viste vi i fjorårets utdanningsmelding at noen kandidater leverer inn og disputerer gjerne 10 år etter at de ble tatt opp i ph.d.-programmet. Samlet sett viser det overordnede bildet at det systematiske oppfølgingsarbeidet som gjøres på instituttene kombinert med støttetiltak fra fakultetet bidrar til høy gjennomføringsgrad, og totalt sett, høyere jo lenger tidsperiode vi ser på.

På tidspunktet rapporten ble kjørt var det registrert 14% avbrutte ph.d.-løp for den forespurte tidsperioden. Kategorien «Avbrutt» i FS kan romme flere ulike årsaker til at kandidaten har gått ut av programmet. Det kan være kandidater som er skrevet ut av programmet etter at perioden er utløpt, men som leverer inn etter hvert. Det kan også være kandidater som har sluttet frivillig. Vi rapporterer til DBH hvert år om avbrutte avtaler og går igjennom alle i disse kvalitetssikringsperioden for slik rapportering. Alle avbrudd er registrert på fakultetet etter anmodning fra instituttene. 14 % avbrudd har en motpart i 86 % gjennomført, som underbygger det vi ser; at gjennomføringsgraden er høyere jo lenger tidsperiode vi ser på, som beskrevet i avsnittet over. Gitt vårt høye antall ph.d.-kandidater sammenlignet med andre fakulteter, er tallet 14 % ikke så verst. Vi tar tallet til etterretning og fortsetter med det kontinuerlige kvalitetsutviklingsarbeidet.

Mindre omarbeiding

Totalt åtte avhandlinger fikk anbefaling om mindre omarbeiding. Dette er en økning fra fire i 2023. Vi har sett at anbefaling om mindre omarbeiding ofte skyldes svakheter i kappen. Fakultetet holder et stadig søkelys på kvalitet i kappen, blant annet gjennom veilederopplæring, og vi ser av tallene at dette er et viktig arbeid hvor målet er å holde tallet så lavt som mulig. Det var ingen underkjenninger i 2024, i likhet med i 2023, som kan tyde på at bedømmelseskomiteen i noen tilfeller velger å gi kandidaten muligheten for omarbeiding i stedet for en direkte underkjenning, som kan være mer belastende for kandidat og veileder.

Kandidatenes bidrag til forskningen ved fakultetet

Strategiske vurderinger som gjøres ved ansettelse og opptak av kandidater og hvordan kandidatene utfyller allerede eksisterende forskningsfelt

Det poengteres fra instituttene at kandidatene bidrar vesentlig til forskningen i sine respektive fagfelt, er i forskningsfronten og bidrar til fremdrift og anerkjennelse for forskningen ved instituttet.

Strategiske vurderinger ved ansettelse og opptak gjøres på instituttene og i forskningsgruppene i lys av instituttets forskningsstrategi, forskningsportefølje og behov, og basert på utlysninger fra aktuelle eksterne finansieringskilder som NFR, Helse Vest, Kreftforeningen, DAM-stiftelsen, Tannhelsetjenestens kompetansesentre og tilfang av UiB-finansierte stipendiater. Innen flere fagområder, som ernæring og biomedisin, rekrutteres ph.d.-kandidater særlig gjennom masterprogrammene.

Rekrutteringsgrunnlaget varierer fra etablerte klinikere som tar doktorgrad på deltid parallelt med arbeid i sykehus eller tannhelsetjeneste til tilsatte UiB-stipendiater. De kliniske instituttene satser på rekruttering av LIS-leger lokalt og i distriktene inn i forskningsaktiviteten med tanke på framtidig rekruttering til ph.d. og kombinerte stillinger i akademien.

Forskerlinjestudenter er viktig for rekruttering av unge, dyktige kandidater til forskerutdanningen. Det er et strategisk grep for (i) å få tidlig forskningskompetanse under legeutdanningen i henhold til regjeringens langsiktige strategiske plan, (ii) senke alder for de som tar ph.d. og (iii) fullføre på kortere tid pga. tidligere løp i forskerlinjen. Fire av dem som disputerte i 2024 hadde bakgrunn fra forskerlinjen ved fakultetet.

Graden av nyskapende forskning og økt oppmerksomhet på innovasjon i forskerutdanningen

Kandidatene bidrar til nyskapende forskning, der nær 40 % av publikasjoner er med ph.d.-kandidater som forfatter og flere av disse på nivå 2 (langt flere enn når publikasjonene ikke har ph.d. kandidater). I gjennomsnitt publiserer ph.d.-kandidater på MED 4,3 vitenskapelige publikasjoner i løpet av ph.d.-perioden. Minst 80 % av disse er i Open Access-tidsskrifter. Innovasjon er et satsingsområde på fakultetet. Kandidater med

innovasjonsrettede prosjekter kan få kontor plass i Eitri. Kandidatene oppmuntres til å inkludere et innslag i disputaspresentasjonen som viser hvordan deres ph.d.-prosjekt kan bidra til innovasjon i fagfeltet, hva som er nytt og verdifullt med prosjektet og hvilke utviklingsmuligheter som kan ligge i forskningsresultatene og føre til merverdi for sluttbruker.

Forskerskoler

MED har åtte lokale forskerskoler som bidrar med formell faglig kompetanse, overførbare ferdigheter og psykososialt velvære, og er forankret på instituttene. I tillegg deltar MED i en rekke nasjonale forskerskoler⁵. Kandidater deltar også på tvers av instituttene forskerskoler. Alle kandidatene skal være tilknyttet en forskerskole for faglig og sosial forankring i forskningsmiljøene. MED har arbeidet med evaluering av de lokale forskerskolene for å vurdere om de oppfyller sine mål og bidrar til å styrke kvaliteten på forskerutdanningen. Arbeidsgruppen skal levere sin rapport i juni 2025. Fakultetet har 54 aktive ph.d.-emner. De fleste er knyttet til og administrert gjennom forskerskoler ved instituttene og noen få er administrert på fakultetet.

Fakultetets systematiske kvalitetsarbeid

Oppfølging av framdriftsrapporter

Instituttene følger opp framdriftsrapportene og iverksetter tiltak overfor enkeltkandidater og veiledere der rapportene signaliserer slikt behov. Der det er uoverensstemmelse mellom rapport for kandidat og veileder, eller noen av partene ber om det, kaller instituttleden inn til oppfølgingsmøte. Instituttene rapporterer årlig til fakultetet om deres oppfølging og Programutvalg for forskerutdanning behandler instituttene rapporter og foreslår tiltak basert på instituttene informasjon. I tillegg har fakultetet årlige dialogmøter med instituttledelsen om ph.d.-utdanningsmeldingen, framdriftsrapportene, utviklingsprosjekter i forskerutdanningen og oppfølging av enkeltkandidater. Disse møtene er en viktig arena for tilbakemeldinger og drøftinger mellom institutt og fakultet. Det er ulike utfordringer på de forskjellige instituttene ettersom de har svært ulikt omfang på forskerutdanningen. Derfor er det viktig å ha god dialog med instituttene for kontinuerlig kvalitetsutvikling.

Midtveisevaluering

Alle ph.d.-kandidater ved MED skal gjennomføre midtveisevaluering omtrent halvveis i sin avtaleperiode. Målet er å hjelpe kandidaten og veileder til å vurdere om kandidaten er i rute i henhold til oppsatt plan. Oppfølging etter midtveisevaluering tilpasses behovet til hver enkelt kandidat i regi av instituttet. Midtveisevalueringene tas hånd om på instituttene, som gjør dette på en god måte. MED reviderte retningslinjene for midtveisevaluering og midtveiskomiteen i 2024 for å klargjøre formålet med dette viktige elementet i kvalitetssikringen av ph.d.-utdanningen. Det skal være fokus på faglig dialog og tilbakemeldinger til kandidaten for å bidra til at kandidaten kommer i mål innen normert tid.

Gjennomføring av medarbeider- eller oppfølgingssamtaler

Det er ressurskrevende, spesielt for institutter med mange kandidater, å gjennomføre medarbeidersamtale for alle ansatte stipendiater og oppfølgingssamtaler for alle de eksternt ansatte kandidater. Begrenset kapasitet skaper utfordringer for store institutter. I dialogmøtene i 2024 var disse samtalene et prioritert tema, og Fakultetet anerkjenner instituttene bestrebelser for best mulig oppfølging av dette punktet i kvalitetssikringssystemet for ph.d.-utdanningen. I 2024 har K1 tilbudt medarbeidersamtale til alle UiB-tilsatte stipendiater og samarbeider med ekstern arbeidsgiver om oppfølging for kandidater som ikke har et arbeidsforhold ved UiB; 15% takket ja. IBM har laget større enheter hvor enhetsleder har ansvar for medarbeidersamtale, dette har ført til at nesten alle (unntatt 2 som har vært på utenlandsopphold og i permisjon) har gjennomført medarbeidersamtaler i 2024. IKO kaller alle sine kandidater inn til samtale i forbindelse med

⁵ [Forskerskoler | Det medisinske fakultet | UiB.](#)

oppfølging av framdriftsrapporten og 26 av 26 mulige hadde medarbeidersamtaler. K2 tilbyr medarbeidersamtale for UiB-ansatte stipendiater. I oktober 2024 hadde 16 av 44 kandidater hatt samtaler. Instituttet har ikke kapasitet til oppfølgingssamtaler med eksternt ansatte kandidater. IGS følger tett opp sine rutiner og høsten 2024 hadde 32 av 51 kandidater hatt medarbeidersamtaler. Instituttet opplyser om at de vil forbedre oppfølging av kandidater som ikke er ansatt ved UiB. Kandidatene kan be om et møte for å diskutere temaer som vanligvis hører hjemme i en medarbeidersamtale, som karriereplanlegging og ikke bare problematiske forhold.

Onboarding er en helhetlig mottaksprosess av alle nye kandidater og inkluderer tildeling av pliktarbeid i de tilfellene det er aktuelt. Fakultetet vedtok retningslinjer for samordning, registrering og oppfølging av pliktarbeid for 4-årige UiB-stipendiater i 2023⁶. Instituttene har i 2024 iverksatt ordningen og rapporterer at de nå følger retningslinjene, registreringsrutiner og oppfølging av pliktarbeidet på den god måte. Fakultetet følger opp i dialogmøter med instituttene i 2025. Onboarding av nye kandidater i 2024 fokuserte på å stimulere til utenlandske forskningsopphold ved å informere om utveksling under ph.d.-perioden, blant annet gjennom erfaringsutveksling. Temaet om utveksling under ph.d.-perioden var satt som respons til besvarelser i kandidatundersøkelsen og i UH indikatorrapporten⁷, som viste at norske forskere i mindre grad reiser på forskningsopphold i utlandet.

Opplæringsdelen

Den obligatoriske delen av opplæringen består av [MEDMET901 Etikk og helseforskning](#) midtveisevaluering, formidling, og opplæring i bruk av forsøksdyr i medisinsk forskning der det er aktuelt. I den valgfrie delen tar kandidatene i stor grad UiB-emner eller emner fra andre universiteter. Fakultetet er også medlem i NorDoc-samarbeidet⁸ og bidrar med ph.d.-emner til NorDoc emnedatabase. Kandidater ved alle de nordiske universitetenes medisinske fakulteter har lik tilgang til å ta emner som finnes i databasen.

Emneevalueringer

Emneansvarlig skal gjennomføre egenvurdering og følge opp resultatene som videre danner grunnlag for fast evaluering av ph.d.-emner minst hvert tredje år eller etter hver tredje gang emnet er gjennomført. Programutvalget for forskerutdanningen godkjente våren 2022 en tidsplan for emneevaluering, som er fulgt opp med evaluering av fire emner i 2024.

⁶ [Reglement og retningslinjer | Det medisinske fakultet | UiB](#)

⁷ [Indikatorrapporten](#)

⁸ [NorDoc Network](#)



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/330
Styresak
40/25

Dokumentdato
29/04/2025
Møtedato
07.05.2025

Unntatt fra innsyn i henhold til offl. § 25, 1. ledd

Fullmaktsaker til møtet 07.05.2025

- A) Ansettelsesutvalg MED
- B) Ansettelsesråd MED
- C) Tilsettingsråd MED
- D) Tilsettingsråd IKO
- E) Utlysningssaker på dekanfullmakt
- F) Dr. grader

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet tar fullmaktsakene til orientering.

Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

29/04/2025/Gjert Bakkevold

Ansettelsesutvalget MED til fakultetsstyremøtet 07.05 2025

Sak nr.	Elements	Sakstittel	Type sak	Institutt	VEDTAK
03/25	24/15328	Fast forsker - eksterntfinansiert (100 %)	Tilsetting	IBM	Unntatt offentlighet
07/25	25/2556	Fast forsker - eksterntfinansiert (100 %)	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
08/25	25/3810	Fast førsteamanuensis (50 %)	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
09/25	24/4045	Professor eller førsteamanuensis (50 %) i medisinsk etikk og vitenskapsteori	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
10/25	25/4146	Forsker 100 % - øremerket stilling	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
11/25	25/4048	Fast forsker - eksterntfinansiert (80 %)	tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
12/25	16/13628	Utvidet stillingsprosent førsteamanuensis	tilsetting	IKO	Unntatt offentlighet

Ansettelsesrådet MED til fakultetsstyremøtet 07.05 2025

Sak nr.	Elements	Sakstittel	Type sak	Institutt	VEDTAK
01/25	25/1033	Tilsetting – forsker med doktorgradf (10 mnd) midlertidig	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet

Tilsettingsråd MED til fakultetsstyremøtet 07.05 2025

Sak	Elements	Sakstittel	Type	Institutt	VEDTAK
34/25	21/1366	Tilsettingssak- førsteamanuensis 20% ekstraerverv	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
35/25	25/2599	Tilsettingssak- førsteamanuensis 10% ekstraerverv	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
36/25	23/3792	Tilsettingssak- førsteamanuensis 20% ekstraerverv	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
37/25	16/13558	Tilsettingssak - professor (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
38/25	24/15671	Tilsettingssak - stipendiat 3 år bevilgningsfinansiert	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
39/25	25/1441	Tilsettingssak - vitenskapelig assistent (100%- 14 mnd)	Tilsetting	IBM	Unntatt offentlighet
40/25	2017/14701	Ny åremålsperiode universitetslektorer (praksisveiledere)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
41/25	2023/5460	Tilsettingssak- førsteamanuensis 20% ekstraerverv	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
42/25	2023/4229	Tilsettingssak- førsteamanuensis 20% ekstraerverv	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
43/25	2024/5842	Tilsettingssak- førsteamanuensis/universitetslektor 20% ekstraerverv	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
44/25	2023/5473	Tilsettingssak - nytt åremål som førsteamanuensis	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
45/25	2024/14837	Tilsettingssak - Stipendiat 4 år ved senter for farmasi	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
46/25	2024/14497	Tilsettingssak - universitetslektor (2x10 % ekstraerverv)	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet

47/25	2023/5472	Tilsettingssak- førsteamanuensis 20% ekstraerverv	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
48/25	2021/1767	Tilsettingssak- førsteamanuensis 20% ekstraerverv	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
49/25	2012/13150	Tilsettingssak - professor (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
50/25	2023/5471	Tilsettingssak - førsteamanuensis (20% ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
51/25	2025/355	Tilsettingssak - Stipendiat 3 år eksternt finansiert	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
52/25	24/15654	Tilsettingssak - stipendiat 3 år bevilgningsfinansiert	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
53/25	25/4328	Tilsettingssak - forsker i øremerket stilling	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
54/25	23/5475	Tilsettingssak - nytt åremål som Universitetslektor	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
55/25	25/4314	Tilsetting uten utlysning - førsteamanuensis (20 % ekstraerverv) på øremerkede midler	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
56/25	24/8099	Forlengelse av åremålsperiode som professor (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
57/25	23/9692	Tilsettingssak - nytt åremål som førsteamanuensis	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
58/25	2025/636	Tilsettingssak - nytt åremål som Universitetslektor	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
59/25	2023/1061	Tilsettingssak - nytt åremål som professor	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet

Fullmaktsaker Tilsettingsråd IKO til fakultetsstyremøte 07.05.2025

Sak	Elements	Sakstittel	Type sak	Institutt	VEDTAK
5/25	24/16300	Instruktørtannlege (20 % fast) seksjon for endodonti	Tilsetting	IKO	Unntatt offentlighet

Fullmaktsaker dekan MED til fakultetsstyremøtet 07.05 2025

Sak	Elements	Sakstittel	Type sak	Institutt	VEDTAK
10/25	25/2258	Postdoktor 3 år (bevilgningsfinansiert)	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en åremålsstilling som postdoktor (100 %) i tre (3) år. Stillingen er knyttet til det nyskapande ERC Consolidator grant prosjektet Decoding Death and Dying in People with Dementia by Digital thanotyping (5-D). 2. Stillingen er finansiert av European Research Council (ERC)
11/25	25/2267	Fast forsker (3 år) SEFAS	Utlysning	IGS	Forslag til vedtak 1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en fast (100 %) stilling som forsker i tre (3) år ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er knyttet til prosjektet "Decoding Death and Dying in People with Dementia by Digital thanotyping (5-D)".

					2. Stillingen er finansiert 50 % av European Research Council (ERC) og 50 % av Helsedirektoratet.
12/25	25/2624	Uni.lektor/førsteaman (Vestlandslegen)	Utlysning	K1	Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut to åremålsstillinger som universitetslektor/førsteamanuensis (10% ekstraerv) i medisin (gastroenterologisk kirurgi) for en periode på fire (4) år fra tilsetting ved Klinisk Institutt 1. Bistillingen er knyttet til fast hovedstilling (min 50%) ved Stavanger universitetssykehus
13/25	25/2625	Uni.lektor/førsteaman (Vestlandslegen)	Utlysning	K1	dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en åremålsstilling som universitetslektor/førsteamanuensis (10% ekstraerv) i medisin (psykiatri) for en periode på fire (4) år fra tilsetting ved Klinisk Institutt 1. Bistillingen er knyttet til fast hovedstilling (min 50%) ved Stavanger universitetssykehus

14/25	25/2521	Forsker 1109 (14 mnd)	Utlysning	IBM	Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en midlertidig stilling som forsker (100 %) i 14 mnd. eksternfinansiert av Norsk forskningsråd (NFR). Ved Institutt for biomedisin, Det medisinske fakultet.
15/25	25/3007	Postdoktor- LEAD AI- 3 år (bevilgningsfinansiert)	Utlysning	IBM	1. Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en stilling som postdoktor (100 %) for en periode på tre (3) år ved Institutt for biomedisin. Stillingen er knyttet til prosjektet LEAD AI, som er en del av EUs Horizon Europe forsknings- og innovasjonsprogram under MSCA). 2. Stillingen er finansiert av Universitet i Bergen
16/25	25/2997	Postdoktor- LEAD AI- 3 år (bevilgningsfinansiert)	Utlysning	K2	1. Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en stilling som postdoktor (100 %) for en periode på tre (3) år ved Klinisk Institutt 2. Stillingen er knyttet til prosjektet LEAD AI, som er en del av EUs Horizon Europe forsknings- og innovasjonsprogram

					under MSCA). 2. Stillingen er finansiert av Universitet i Bergen
17/25	25/3005	Postdoktor- LEAD AI- 3 år (bevilgningsfinansiert)	Utlysning	K2	1. Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en stilling som postdoktor (100 %) for en periode på tre (3) år ved Klinisk institutt 2. Stillingen er knyttet til prosjektet LEAD AI, som er en del av EUs Horizon Europe forsknings- og innovasjonsprogram under MSCA). 2. Stillingen er finansiert av Universitet i Bergen
18/25	25/2747	Midlertidig forsker (12 mnd)	Utlysning	IGS	Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 100 % midlertidig stilling som forsker uten doktorgrad for en periode på 12 måneder ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er knyttet til fagområdet epidemiologi og medisinsk statistikk (EPOSTAT). 2. Stillingen er eksternt finansiert av NFR

19/25	25/3504	Førsteamanuensis 20 % ekstraerverv, Vestlandslegen	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut 20 % ekstraerverv som førsteamanuensis i medisin (akutt- og mottaksmedisin). Stillingen er knyttet til Vestlandslegen. Arbeidsplass er ved Haraldsplass diakonale sykehus. 2. Stillingen er finansiert av instituttets grunnbudsjett
20/25	25/3565	Forsker 1109 (8 mnd)	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 80% midlertidig stilling som forsker med doktorgrad i 8 måneder, med muligheter for forlengelse, ved institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er tilknyttet prosjektet Pesticides and exposures from traditional textile industry associated with own and offspring health in indigenous Guatemala". 2. Stillingen er eksternt finansiert av Forskningsrådet.
21/25	25/3544	Førsteamanuensis 20 % ekstraerverv	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 3-årig stipendiatstilling ved Klinisk institutt 2

					2. Stillingen er bevilgningsfinansiert
22/25	25/3690	Stipendiat (3 år bevilgningsfinanisert)	Utlysning	IBM	1. Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en stilling som stipendiat (100 %) for en periode på tre (3) år ved Institutt for biomedisin. Stillingen er knyttet til prosjektet « <i>Delineating adaptive responses in human brain tumors</i> ». 2. Stillingen er finansiert av Universitet i Bergen.
23/25	25/3907	Universitetslektor 20 % ekstraerverv, Vestlandslegen	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut åremålsstilling som universitetslektor, kode 1009, i 20% ekstraerverv i medisin (arbeidsmedisin) ved institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er tilknyttet Vestlandslegen. 2. Stillingen er bevilgningsfinansiert, jfr. sak 21/2617

24/25	25/3637	Professor/førsteamanuensis (50 % fast) i medisinsk og helsefaglig pedagogikk, enhet for læring	Utlysning	FAK	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 100 % midlertidig stilling som forsker uten doktorgrad for en periode på 12 måneder ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er knyttet til fagområdet epidemiologi og medisinsk statistikk (EPOSTAT). 2. Stillingen er eksternt finansiert av NFR
25/25	25/3638	Professor/førsteamanuensis (20 % ekstraerverv) i medisinsk og helsefaglig pedagogikk, enhet for læring	Utlysning	FAK	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en åremålsstilling som professor eller førsteamanuensis (20 % ekstraerverv) i medisinsk og helsefaglig pedagogikk i to (2) år fra tilsetting. Ekstraervervet er knyttet til fast hovedstilling (minimum 50 %) ved et helseforetak eller i primærhelsetjenesten. 2. Stillingen finansieres over grunnbudsjett
26/25	25/4149	Forsker (100 % midlertidig)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut stilling som forsker (100 % midlertidig) for en periode på 1 år. 2. Stillingen er eksternt finansiert og

					knyttet til prosjektet «Novo Nordisk Endocrin og Metabolisme».
27/25	25/4192	Forsker (100 % midlertidig)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut stilling som forsker (100 % midlertidig) for en periode på 8 måneder. 2. Stillingen er knyttet til prosjektet «Sex-specific mechanisms and biomarkers of insulin resistance» og er finansiert av NovoNordisk med prosjektleder Simon Dankel.
28/25	25/3758	Stipendiat (3 år, bevilgning)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 3-årig stipendiatstilling ved Klinisk institutt 2 2. Stillingen er bevilgningsfinansiert
29/25	25/4210	Fosker (100 % midlertidig)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut 100 % midlertidig stilling som forsker ved Klinisk institutt 2 2. Stillingen er for en periode på 2 år og finansiert av TMS

31/25	25/4466	Forsker (40 % midlertidig)	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 40 % midlertidig stilling som forsker med doktorgrad ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin i perioden 1.6.2025–31.12.2026. Stillingen er knyttet til prosjektet «NORHEDII – GROWNUT 2 – Growing Partnership for Higher Education and Research in Nutritional Epidemiology in DR Congo and Tanzania» ved Senter for internasjonal helse. 2. Stillingen er finansiert av Norad via NORHED-programmet.
32/25	25/4678	Praksiskoordinator/universitetslektor 20 % ekstreatervern, Vestlandslegen	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut stilling som praksiskoordinator/universitetslektor (20 % ekstraern) ved Klinisk institutt 2 2. Stillingen er finansiert av grunnbevilgning/Vestlandslegen
33/25	25/4856	Forsker (100 % midlertidig)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut midlertidig stilling som forsker (100 %) for en periode på 1 år, med mulighet for forlengelse til 2 år.

					2. Stillingen er finansiert av Novo Nordisk Fonden
34/25	25/4852	Førsteamanuensis (20 % ekstraerverv)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut 20 % ekstraerverv som førsteamanuensis i medisin (onkologi/hematologi). Arbeidsplass ved Stavanger universitetssykehus. 2. Stillingen er bevilgningsfinansiert

Oversikt disputas og opptak pr. 25.04.2025

<u>Opptak doktorgradskandidater 2025 pr. institutt</u>	<u>Antall</u>
Institutt for biomedisin	3
Institutt for global helse og samfunnsmedisin	4
Institutt for klinisk odontologi	0
Klinisk institutt 1	5
Klinisk institutt 2	11
Totalsum	23

<u>Disputaser 2025 pr. institutt</u>	<u>Antall</u>
Institutt for biomedisin	0
Institutt for global helse og samfunnsmedisin	9
Institutt for klinisk odontologi	1
Klinisk institutt 1	4
Klinisk institutt 2	5
Totalsum	19



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/330
Styresak
41/25

Dokumentdato
29/04/2025
Møtedato
07.05.2025

Orienteringssaker til møtet 07.05.2025

- Årshjul for fakultetsstyret vår 2025
- Rapportering HMS-avvik for perioden 14.03.2025 – 24.04.2025
- Søkertall 2025 til grunn- og masterutdanningene ved Det medisinske fakultet (muntlig orientering)
- Forskningsrådets nasjonale rapport – Evaluering av medisin og helse i Norge 2023-2024 – rapport mars 2025
- Klima- og miljørapport 2024 Miljøfyrtårn
- Dekanen orienterer

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret tar orienteringssakene til orientering.

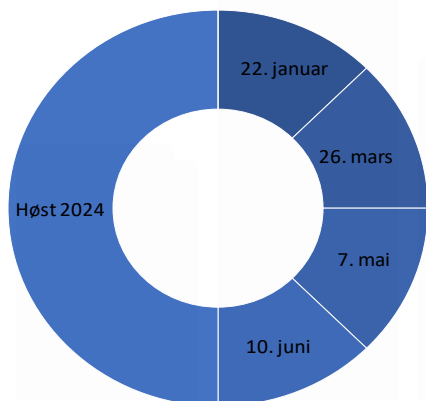
Per Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

29/04/2025/Gjert Bakkevold

Fakultetsstyresaker MEDFAK årshjul vår 2025

Vår 2025



	Styresaker	O-saker
Jan.	- Møtedatoer for fakultetsstyret – høsten 2025 - Valg 2025 – oppnevning av valgstyre og nominasjonskomiteer - Økning av studieplasser – konsekvenser for medisinstudiet - Internkontroll - Arealeffektivisering – gruppe og mandat - Oppsigelser av eksternt finansierte forskere ved IBM, K2 og IGS - Fullmaktsaker	- Presentasjon av Institutt for biomedisin - Årshjul for fakultetsstyret vår 2025 - Rapportering HMS-avvik - Økonomi – status årsregnskap 2024 (muntlig orientering) - Rapport – økt studenttall i medisin. Infrastruktur, kapasitet og areal - Dekanen orienterer
Mars	- Årsregnskapet for 2024 for Det medisinske fakultet - Endelig budsjett 2025 - Løypemelding inntektsfordelingsutvalget - Oppnevning av tilsettingsråd for forskerstillinger - Arealoptimalisering ved MED – status og framdriftsplan - Årsrapport HMS 2024 – Det medisinske fakultet - Studiebarometeret 2024 – resultater ved MED - Revisjon av reglementet for Kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS - Revisjon av programbeskrivelse for ph.d.-programmet - Oppnevning av meritterte undervisere ved MED 2024 - Oppsigelse av eksternt finansierte forsker ved IBM - Uttalelse innstilling – dekan ved MED - Fullmaktsaker	- Årshjul for fakultetsstyret vår 2025 - Rapportering HMS-avvik - Rutiner for oppsigelse av forskerstillinger (muntlig orientering) - Status og framtid for Eitri Helse Innovasjonssenter i Bergen - Ny internhusleiemodell ved UiB - Utllysningstekst instituttleder IKO - Utllysningstekst instituttleder IBM - Dekanen orienterer
Mai	- Økonomistatus - Vestlandslegen - Økonomirapport pr mars 2024 - Ny inntektsfordelingsmodell ved Det medisinske fakultet - Krav til sakkyndig- og vurderingskomite ved tilsetting - Ph.d.-utdanningsmelding 2024 – Det medisinske fakultet - Opprykk til professorer etter kompetansevurdering – godkjenning av bedømmelse / søknadsrunden høst 2024 - Fullmaktsaker	- Årshjul for fakultetsstyret vår 2025 - Rapportering HMS-avvik - Søkertall 2025 til grunn- og masterutdanningene ved Det medisinske fakultet (muntlig orientering) - Forskningsrådets nasjonale rapport – Evaluering av medisin og helse i Norge 2023-2024 – rapport mars 2025 - Klima- og miljørapport 2024 Miljøfyrtårn - Dekanen orienterer
Juni	- Budsjett 2026 – plan og prosess - Økonomirapport 1. tertial / prognose 2025 - Oppnevning av styrer og komiteer for ulike fond og legater ved MED - HMS – sykefraværstatistikk – Det medisinske fakultet - Fullmaktsaker	- Årshjul for fakultetsstyret vår 2025 - Årshjul for fakultetsstyret høst 2025 - Rapportering HMS-avvik for våren 2025 - Studiekvalitetsmelding 2024 - Kandidatundersøkelsen 2024 - Arsmelding 2024 Forskerlinjen - Resultat – fakultetsstyrevalg gruppe A, B, C og D - Dekanen orienterer

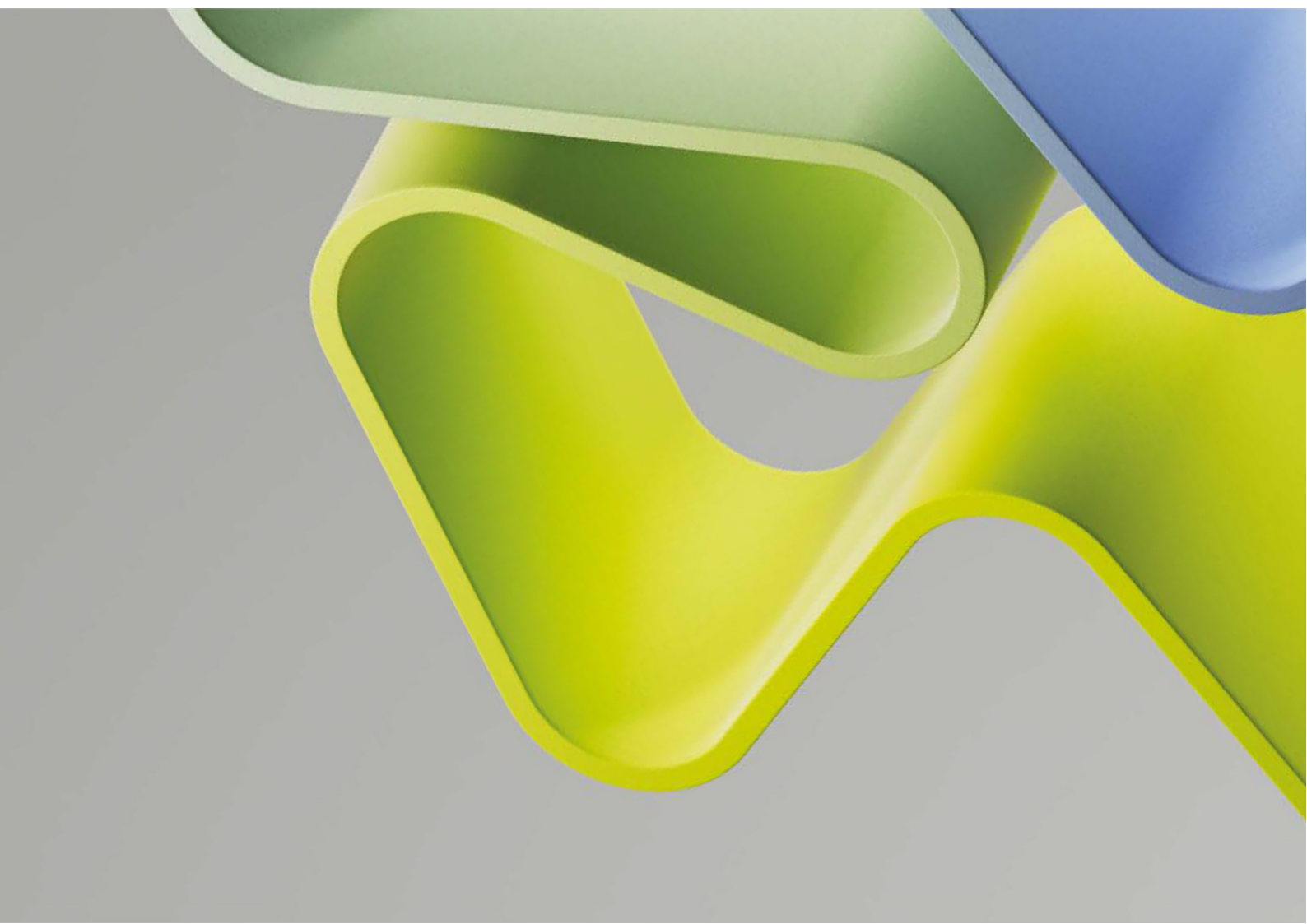
HMS-avvik for perioden 14.03.25 - 24.04.25

Kolonne1	Kolonne2	Kolonne3	Kolonne4	Kolonne5
Saksnummer	Registrert	Organisasjonsenhet	Overskrift	Status
I2504-8088	24.04.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Under arbeid
I2504-6528	18.04.2025	Klinisk institutt 1	User in "civilian clothes" at the animal facility	Lukket
I2504-5243	13.04.2025	Det medisinske fakultet, fak.adm.	Sensitivt HMS-avvik	Registrert
I2504-3672	09.04.2025	Klinisk institutt 2	Brann alarm melding	Lukket
I2504-2352	07.04.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Lukket
I2504-1350	03.04.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Lukket
I2503-11367	27.03.2025	Det medisinske fakultet, fak.adm.	Ukjent kjemikale	Registrert
I2503-11405	27.03.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Lukket
I2503-11454	27.03.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Lukket
I2503-11076	26.03.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Lukket
I2503-10450	25.03.2025	Klinisk institutt 2	Sensitivt HMS-avvik	Registrert
I2503-10287	25.03.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Under arbeid
I2503-7854	19.03.2025	Klinisk institutt 1	lekkasje i varmesystem	Under arbeid
I2503-7962	19.03.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Lukket

National report

Evaluation of Medicine and Health in Norway 2023-2024

March 2025



Content

Preface by the Research Council of Norway	5
Composition of the national committee	6
Executive summary	7
Sammendrag	9
1. General observations on Norwegian medicine and health research	11
2. Strength and weakness of Norwegian medicine and health research in an international context	12
3. The general resource situation	14
3.1 Funding	14
3.2. Personnel	15
3.3. Infrastructure	16
4. PhD training, Recruitment, Mobility and Diversity	18
4.1 PhD training	18
4.2 Recruitment	18
4.3 Mobility	19
4.4 Diversity	19
5. Research Cooperation nationally and internationally	21
5.1 Admin units' cooperation within and between different sectors	21
5.2 Admin units research cooperation nationally and internationally	21
6. Societal impact and the role of research in society, including Open science	23
6.1 General reflections	23
6.2 Review of the EVALMEDHELSE impact cases	25
7. Recommendations	32
Evaluation of medicine and health	35
References	41
Appendices	42

Preface by the Research Council of Norway

The Research Council of Norway (RCN) has been given the mission by the Ministry of Education and Research to perform subject-specific evaluations. The RCN carried out an evaluation of Norwegian research within medicine and health in 2023-2024. The evaluation of medicine and health is a part of the evaluation of life sciences, which is being carried out as two evaluations: Evaluation of Biosciences 2022-2023 and Evaluation of Medicine and Health 2023-2024.

The primary aim of the evaluation of medicine and health is to reveal and confirm the quality and the relevance of research performed at Norwegian Higher Education Institutions (HEIs), the institute sector and the health trusts (HT).

The evaluation was carried out by international peers with reference to the Evaluation protocol for life sciences in Norway 2022-2023.

The evaluation has been done at three levels. First, three hundred and fifteen research groups were evaluated by eighteen expert panels divided by subjects and disciplines within the field of medicine and health across sectors. Thereafter, eight evaluation committees were established to evaluate the sixty-eight participating administrative units (faculty/institute/departments/division/centre). The assessments and recommendations from the evaluation committees are compiled in 68 reports. These reports give important input to the individual administrative units. Each administrative unit has a responsibility to follow up on the recommendations provided in their evaluation unit report. The chairs of the eight evaluation committees constitute the national evaluation committee which was requested to compile a report based on the assessments and recommendations from the 68 independent evaluation unit reports. The national report will be used by the Research Council in developing national funding schemes and in dialogue with the ministries and institutions involved in the development of medicine and health research.

The national report pays specific attention to:

- Strengths and weaknesses of the research area in the international context
- The general resource situation regarding funding, personnel, and infrastructure
- PhD training, recruitment, mobility, and diversity
- Research cooperation nationally and internationally
- Societal impact and the role of research in society, including Open Science

Lysaker March 1st, 2025

Composition of the national committee

This national report offers an overall assessment of the state of medicine and health research in Norway and present recommendations for future development. All committee members support the conclusions and recommendations.

Professor

Martin Ingvar (chair)

Karolinska Institutet

Professor

Falko Sniehotta

Heidelberg University

Professor Dame

Til Wykes

King's College London

Professor emerita

Ingaliil Rahm Hallberg

Lund University

Professor

Anja Krumeich

Maastricht University

Professor

Søren Brunak

University of Copenhagen

Professor

Johan Hellgren

University of Göteborg

Professor

Jørgen Frøkiær

Aarhus University

Geert van der Veen, Managing Partner, Technopolis Group, was secretary to the committee.

Executive summary

This is the report of the national evaluation committee, which was asked by the RCN to evaluate Medical and health research in Norway over the period 2012-2022 to identify and confirm the quality and the relevance of research performed at Norwegian Higher Education Institutions (HEIs), across the Institute Sector and across the health trusts (HT)¹. The report builds on the previous evaluations of 317 research groups and 68 administrative units in this research field, which were carried out in 2024 and documented in separate reports.

Public medical and health research is, with 15% of all research expenditure in Norway an important research area. The quality of the research is generally good to excellent in terms of both output and scientific impact, although there is variation in quality (size and location of admin units matter, as does ambition level) and potential to achieve much more.,

Funding for medical and health research is for a large part (64%) core funding independent of the institution's performance, coming from the relevant government sources. This is, considered from an international perspective, quite high. Most of the other funding is assignments and competitive funding, coming from RCN, ministries or other national sources (excl. industry). International funding and industry funding are low. This does not only limit the research budgets but also has effects on participation in the international research arena (low international funding) as well as on societal impact (low industry funding).

Research infrastructures are generally at a good level, but there is room for improvement regarding the levels of access and engagement. The position of registries is of specific importance, driven by the trend towards personalised medicine and the need for quantitatively based evidence. Norway has a good national health registry system, complemented by many generally not yet nationally coordinated clinical registers. A coordinated national approach, developed in collaboration with the research community, can make this registry system outstanding in international perspective.

To further strengthen the research in Norway, research careers need to be made more attractive and offer opportunities for career progression and personal development, including opportunities to learn about the rapid research design and methods development.

Co-publication analysis shows here is a lot of cooperation in the medical and health research in Norway, both nationally and internationally. At the national level (admin units from) the big universities and big university hospitals have a central position in these cooperations. A more programme based (instead of project based, i.e. longer term wider investments over longer periods of time) form of national cooperation addressing complex societal challenges and aimed at achieving impacts together, would be beneficial. Interdisciplinary and intersectional research can increase the contribution of esp. smaller units to high quality research and impact. User involvement in research increases relevance and likelihood of research success and impact, should be part of the approach, but is now variable and in most places low.

Internationally, only a few administrative units collaborate in EU projects, and even fewer are leading EU projects. More international outreach (also beyond EU, e.g. NIH) could help raise the standing of Norwegian research and help attract research to Norway. Focus should be on cooperating with the best international partners in the field, not necessarily on partners that are already known.

The national committee finds the integration between research and knowledge translation, implementation and implementation science underdeveloped and not forming a continuous

¹ The health trusts are in this evaluation (EVALMEDHELSE) processed and evaluated as an own sector.

process from discovery, intervention to implementation. Generally, the interface to industry is ad hoc and unstructured. Similarly for initiatives around vendor funding for startups. In the institute sector, the interface towards (national) policy is better.

Norway shares with the rest of Europe the split ownership between primary and secondary care. The latter is organised at the level of regions whereas the municipalities are responsible for all primary health care and also care and social service for the elderly. There is a need for evidence based knowledge in this area but at the same time the research environment is often not ideal either because funding is limited or because the research done is not enough practice oriented. An improvement of the scientific output from this segment of healthcare cannot be expected without a decisive and coordinated effort (organisation, funding, policies and competence).

Institutes like NORCE and, esp. smaller, HEI outside big cities would benefit for going for a more permanent long term relationship providing research and implementation programmes rather than commissioned projects.

Despite the opportunities for improvement of societal impact, there are many good examples of (societal) impact of research, ranging from new medicines and treatment methods, new health policies and startup companies to prevention of diseases, lower costs for health care, new clinical guidelines and wellbeing of patients and public.

Main recommendations are (see chapter 7 for full details):

- Improve the coordination of research funding to promote the competitiveness of the medical and health research in Norway.
- Increase the competitiveness of Norwegian medical and health research by focusing research on goal-oriented programmes across administrative units and organisations and connecting these to international state of the art.
- Make medical and health research more attractive for young and/or foreign staff and develop clear career perspectives for researchers.
- Develop and implement a good, nationally coordinated registry system as a backbone for and a strong asset of Norwegian medical and health research.
- Increase societal impact of medical and health research and communicate this impact.

Sammendrag

Dette er rapporten fra den nasjonale evalueringskomitéen i EVALMEDHELSE som på oppdrag fra Forskningsrådet er bedt om å evaluere norsk medisinsk og helsefaglig forskning for å identifisere og bekrefte kvalitet og relevans av forskning utført ved norske høyere utdanningsinstitusjoner (HEI), på tvers av instituttsektoren og på tvers av helseforetak² i perioden 2012-2022. Rapporten bygger på evalueringer av 68 innmeldte administrative enheter og inkluderer evaluering av deres til sammen 317 forskningsgrupper. Evalueringen ble gjennomført i 2024.

Offentlig medisinsk og helseforskning utgjør 15 % av alle forskningsutgifter i Norge og er et viktig forskningsområde. Kvalitet på forskning som utføres er generelt god til utmerket på bakgrunn av oppnådde resultater og forventede samfunnseffekter, selv om det er variasjon i kvalitet (størrelse og plassering av administrasjonseenheter betyr noe, det samme gjør ambisjonsnivå). Det er et stort potensial for å oppnå mye mer.

Finansiering av medisinsk og helsefaglig forskning er for en stor del (64 %) basisfinansiering uavhengig av institusjonens ytelse, og kommer fra ulike offentlige kilder. Dette er ganske høyt sett fra et internasjonalt perspektiv. Mesteparten av den øvrige finansieringen er oppdrag og konkurranseutsatt midler fra Forskningsrådet, departementer eller andre nasjonale kilder (industri ikke inkludert). Internasjonal finansiering og industrifinansiering er lav. Dette begrenser ikke bare forskningsbudsjettene, men det medfører lav deltakelse på den internasjonale forskningsarenaen (lav internasjonal finansiering) samt reduserte samfunnseffekter (lav industrifinansiering).

Forskningsinfrastrukturen er generelt sett god, men det er rom for forbedringer både når det gjelder tilgang til og bruk av infrastruktur. Helseregistrenes posisjon har en spesiell betydning og er drevet av trender som persontilpasset medisin og økt behovet for dokumentasjon. Norge har mange nasjonale helseregistre i tillegg til mange ennå ikke nasjonalt koordinert, kliniske registre. En nasjonal koordinering av helseregistrene vil være enestående i internasjonalt perspektiv.

For å styrke medisin- og helseforskningen i Norge ytterligere, må forskerkarrierer gjøres mer attraktive og det må være muligheter for karriereutvikling og personlig utvikling, inkludert muligheter til innføring og opplæring i rask forskningsdesign og metodeutvikling.

Sampubliseringsanalyse viser at det er mye samarbeid innen medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, både nasjonalt og internasjonalt. På nasjonalt nivå har de store universitetene (administrative enhetene) og de store universitetssykehusene (administrative enhetene) en sentral posisjon i disse samarbeidene. Det anbefales en mer programbasert form for nasjonalt samarbeid (langsiktig bredere investeringer over lengre perioder) som adresserer komplekse samfunnsutfordringer og har som mål å oppnå felles samfunnseffekter. Tverrfaglig og tverrsektoriell forskning vil bidra til forskning av høy kvalitet og gi samfunnseffekter, men vil også bidra til mer forskning av høy kvalitet i de mindre forskningsenhetene. Brukerinvolvering i forskning øker relevans og sannsynlighet for at forskningsresultater oftere tas i bruk og bør være obligatorisk i all forskning. Det er stor variasjon i inkludering av brukere, for det meste er det liten involvering.

² Deltakende helseforetak er i denne evalueringen omtalt samlet som en egen sektor.

Det er bare noen få administrative enheter som deltar i EU-prosjekter, men det er enda færre som leder EU-prosjekter. Mer internasjonalt samarbeid også utover EU, f.eks. NIH, kan bidra til å heve statusen til norsk medisinsk og helsefaglig forskning. I tillegg vil denne type samarbeid også bidra til å tiltrekke forskningskompetanse til Norge. Det bør fokuseres mer på å samarbeide med de beste internasjonale partnerne på feltet/ene og mindre på å inngå samarbeid med partnere som allerede er kjent for miljøene.

Den nasjonale komiteen finner at integrasjonen mellom forskning og kunnskapsoverføring, implementering og implementeringsvitenskap, er underutviklet og ikke danner en helhetlig prosess fra oppdagelse, intervensjon til implementering. Generelt er kommunikasjonen mot industrien ad hoc og ustrukturert. Det samme gjelder for initiativer rundt leverandørfinansiering for oppstartsbedrifter. I instituttsektoren er grensesnittet mot gjeldende politikk bedre.

Norge har, som resten av Europa, delt eierskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte er organisert på regionsnivå, mens kommunene er ansvarlige for all primærhelsetjeneste og også omsorg og sosiale tjenester for eldre. Det er behov for evidensbasert kunnskap på dette området, men samtidig er eksisterende forskningsmiljøer ofte ikke det ideelle stedene for denne type forskning enten fordi finansieringen er begrenset eller fordi forskningen som utføres ikke er nok praksisorientert. En forbedring av det vitenskapelige utbyttet fra dette segmentet av helsetjenesten kan ikke forventes uten en avgjørende og koordinert innsats (organisering, finansiering, politikk og kompetanse).

Institutter som NORCE og spesielt mindre administrative enheter i UH-sektoren utenfor de store byene vil ha fordel av å gå for et mer permanent langsiktig forhold som gir forsknings- og implementeringsprogrammer i stedet for oppdragsprosjekter.

Til tross for mulighetene for forbedring av samfunnseffekter, er det mange gode eksempler på (samfunns)effekter av forskning som spenner fra nye medisiner og behandlingsmetoder, nye helsepolitikker og oppstartsbedrifter til lavere kostnader for helsevesenet, nye kliniske retningslinjer og økt pasienters og publikums velvære.

Hovedanbefalingene (se kapittel 7 for utfyllende informasjon) er:

- *Bedre koordinering av forskningsfinansiering for å øke konkurranseevnen til medisinsk og helsefaglig forskning i Norge.*
- *Øke konkurranseevnen til norsk medisinsk og helsefaglig forskning ved å fokusere på målrettede programmer på tvers av administrative enheter og organisasjoner, og koble disse til internasjonal toppforskning.*
- *Gjør medisinsk og helsefaglig forskning mer attraktiv for unge og/eller utenlandske forskere, og utvikle klare karriereveier for forskere.*
- *Utvikle et nasjonal koordineringssystem for alle helseregistre, hvilket vil være unikt i et internasjonalt perspektiv.*
- *Øke samfunnseffektene av medisinsk og helsefaglig forskning og formidle effektene.*

Det er det engelske sammendraget som er det gjeldende.

1. General observations on Norwegian medicine and health research

This evaluation concerns the research in the field of medical sciences in the public sector, the largest thematic area in Norwegian research, in 2019 totalling NOK 12.0 bln, or approximately 15% of total research.

In international perspective, the Norwegian medical and health research has a very strong specialisation in health sciences and in psychology (across almost all subfields) and an average specialisation in clinical sciences (however, within clinical sciences the fields of psychiatry and rheumatology show a high specialisation as well).

The expenditure on medical and health research is divided across three sectors: the higher education sector (universities and other higher education institutions (HEI), appr. 60%), the institute sector (national research institutes, appr. 20%) and the business sector (appr. 20%). The R&D expenditure in the health trusts (hospitals)³ was appr. 40% partly in the HEI (university hospitals), partly in the institute sector.⁴

In this evaluation 317 research groups in 68 administrative units participated. Participation in the evaluation was voluntary, and not all organisations performing medical and health research in Norway joined. No figures are available on the participation rate, but according to RCN most of the administrative units that were expected to carry out medicine and health research participated in this evaluation. Overall, more than 9200 researchers were working in the units participating in the evaluation, ranging from small to large, from very focused on one topic to rather broad, and coming from across the country.⁵

In this respect the Committee underwrites that themes can be relevant in specific places, e.g.:

- Younger universities and health trusts outside the big cities often experience structural and capacity limitations to do research at the international scientific forefront. They however are in a position to address issues in research and teaching with high relevance to the regional and national scene.
- Some specialised research can, because of numbers of patients, numbers of staff and high investments needed, only be done in the large university hospitals. Admin units in smaller health trusts and universities have therefore often chosen topics for research that are relevant to their community and that are not necessarily in direct competition to the larger units, for instance the adoption of nursing research as a focus.
- Institutes have operational tasks, especially NIPH (Norwegian Institute of Public Health) and STAMI (The National Institute of Occupational Health in Norway), surveillance of health and health threats in general and for STAMI occupational health. They also have the task to raise preparedness to deal with fast or slowly emerging health threats, which is dependent on ongoing research, skills and methods development as well as to make sure that data/surveillance is available allowing the researchers to change mode quickly when needed.

³ The health trusts are not a separate sector in national R&D statistics but are included in both HEIs and the institute sector. In EVALMEDHELSE, health trusts/hospital sector are referred to as a separate sector.

⁴ RCN, 2021

⁵ SSBN, 2024a

2. Strength and weakness of Norwegian medicine and health research in an international context

Medical and health sciences have been the largest research area in the HEI sector in Norway for many years, amounting to approximately one quarter of all research in the HEI sector⁶. In the HEI, Clinical medical fields, health sciences and basic medical/dental fields are the major research fields, accounting for almost two thirds of medical and health research (in the HEI). Psychology and social sciences account for 10% and 6%, respectively. Sports sciences is in international comparison fairly large with 2.5 %. Research on medical technology however is small with only 1.1% (although some medical technology research may take place outside the sample of evaluated admin units)⁷.

In 2022 the medical and health researchers in Norway contributed to 7800 publications in medical health sciences, 37% more than in 2013, but stable as fraction of total Norwegian research output across all fields of science. The higher education sector accounts for 57% of the publications, the health trust sector for 35% and the institute sector for 8%. In terms of citation, the Norwegian publications are cited 37% more often than the world average for publications in comparable fields period 2013-2021⁸, this is in line with e.g. Denmark, Sweden, Netherlands, USA and China (but clearly behind UK, the leader in this area UK)⁹. Almost all administrative units participating in the evaluation have more than 10% of their publications in the top 10% best cited publications in the field they are active in¹⁰. In general terms, this means that the Norwegian research is cited well, in some areas/admin units very well.

The quality of research and publications, as evaluated by the 18 expert panels, was on average high (in between 'Quality that is recognised internationally in terms of originality, significance and rigour' and 'Quality that is internationally excellent in terms of originality, significance and rigour, but which falls short on the highest standards of excellence') with the highest scores in the institute sector, closely followed by the health trusts and the higher education institutions. The quality of the research however varies quite a lot as is shown by the distribution of the scores for the research groups on the quality dimension. Although almost all research meets the published definition of research for the purposes of this assessment, however, there is still 10% of the groups that only just meets the published definition. Around 15% of the research groups has, according to the evaluation panels, a quality that is internationally excellent in terms of originality, significance and rigour and/or has played an outstanding role in the research process. The variation in scores is much higher in the higher education institution and health trusts sectors than in the institute sector (where all scores are average or above).

⁶ SSBN, 2024a

⁷ SSBN, 2024a

⁸ NIFU, 2024b

⁹ NIFU, 2024a

¹⁰ NIFU, 2024b

The national evaluation committee for EVALMEDHELSE concluded, based on this evidence that, with a few exceptions, research quality and integrity in Norwegian public research in the field of health are good to excellent in terms of both output and scientific impact.

Some admin units have very high levels of internationally excellent research. In general, these are larger units embedded in bigger university organisations that have high levels of resources. However, there are also pockets of excellence in admin units that have limited resources as well: these groups have a strong research focus and choose strong research partners. In order to achieve excellence, size matters, as well as ambition.

Most groups that produce lower quality research have only a few permanent researchers, often only parttime working on research, with a large teaching load (e.g. in colleges) and/or large clinical tasks in the health trusts (or operational tasks in the institute sector). For such small groups it is very difficult to meet the high and expensive (methodological) demands for research at an international level. Especially in regions outside the bigger cities this may be the case, since there the hospital trusts and HEI are small anyway because the population in the region is too small to make large units viable.

In other units, ambitions are too low to really be able to excel. The focus is too short term (next 5 years), and too broad, without a strong strategy, a tendency that is amplified by funding of bottom-up researcher led approaches instead of funding of research programmes that nudge towards enduring research directions.

3. The general resource situation

3.1 Funding

In 2021 total expenditure in Norway on R&D in medical and health sciences in the higher education and health sectors was 9932 MNOK. The expenditure was 41% in university hospitals, 11% in other health trusts, 33% in universities, 49% in other higher education institutions and 9% in institutes¹¹.

Research institutes participating in this evaluation get most of their general income for surveillance of the health situation and health threats to the country, reporting to ministries about it and respond to specific requests from ministries. This requires them to be updated, monitor, analyse and report on all the areas under their umbrella. In turn that requires methods in place as well as developing new methods, for which research is necessary, and therefore a contribution for research is included in the funding from the ministries (STAMI and NIPH) or attract specific funding from ministries (NORCE). All institutes supplement their research funding with competitive RCN funding, EU funding, other national funding and, where appropriate and possible, business funding. With the supplementary funding they are able to double their research budget. The block grant for research is awarded annually, which hinder long term planning and investments. This general concern can be overcome with multiyear funding cycles for all types of funding (projects, programs and base funding). This is important, especially if the balance between base funding and competitive funding is shifted.

The basic funding in the hospital sector (including university hospitals) is embedded in the general budget allocation from the Ministry of Health and Care Services (in 2021, 58% of total budget). In addition 21% of the budget is made available through the health trusts as performance based (70%) and competitive funding (30%). In the HEI sector the basic funding is 69% (as block grant from the Ministry of Education and Research)¹².

The national committee finds the basic funding in terms of percentage of total funding fairly high international perspective, but generally not lavish¹³. Especially organisations with limited research activities (smaller health trusts and HEI) are unlikely to reach critical mass in research without higher basic funding. Furthermore, for international collaborations and long-term project sustainability, basic funding can be a limiting factor.

Besides the basic funding, competitive funding from RCN amounts 11% of funding for medical sciences and health research in Norway. This percentage of competitive funding is considered quite low and does, in the opinion of the national committee, focus too little on goal-oriented programmes with clear roadmaps (and too much on individual projects). Funding from ministries amounts 13%, and this concerns assignments and project subsidies, 7% of funding comes from other national Norwegian sources¹⁴.

International funding (3%), including funding from the EU (2%), is low, and there seem to be many more opportunities here, in Horizon Europe as well as in ERC. Acquiring EU funds is

¹¹ All data in this chapter from: SSBN, 2024a

¹² NIFU, 2024c

¹³ Vetenskapsrådet, 2024: In Sweden basic funding for universities is 42.2% (2021),

¹⁴ SSBN, 2025

(generally) more difficult than acquiring national funds and this requires a more professional approach to project development and administration (e.g. by way of EU service offices). The benefits are much broader than only financial: EU projects also give access to networks at the forefront of science and technology and can help further develop the research agenda. Business funding is also rather low (2%). Industrial pharma and MedTech activities are limited in Norway, but the opportunities to work with international companies are not developed.

The admin units in this evaluation representing Norwegian health research, could, or maybe even should in the eyes of the national committee, find opportunities for further funding in international programmes as well as with industry (esp. in the field of medical technologies, which seems not to be the focus of the research in admin units in the evaluation, but which is a sizeable industrial sector in Norway).

National funding should prioritise creating synergies within the Norwegian research system. This requires stronger coordination among major funders to align goals, key performance indicators, and program areas. Additionally, efforts to build critical research mass outside major urban administrative centers should be supported through increased base funding for smaller research organisations, with interagency coordination ensuring effectiveness.

Programme funding should take precedence over project funding at the ministries and RCN and could partially replace base funding. These programmes should drive collaborative efforts toward concrete (medical) goals, promote cross-organisational cooperation, and ensure broad access to methodological expertise. They should also enhance knowledge transfer across Norway and expand patient datasets, turning geographic diversity into an advantage. Over time, such programmes could evolve into virtual research centers, similar to the NIPH Centre for Fertility and Health.

3.2. Personnel¹⁵

Overall, 9212 researchers were working in the units participating in the evaluation: 4045 (44%) in the higher education sector (University of Oslo (UiO), Norwegian University of Science and Technology (NTNU), University of Bergen (UiB) and University of Tromsø (UiT), account for 77% of these); 4469 (49%) in the health trust sector (of which 2036 in Oslo University Hospital (OUS), and 833 in Haukeland University Hospital (HUK, Bergen) and 698 (8%) in the institute sector (of which 465 in the Norwegian Institute of Public Health). The growth in researchers in the higher education sector and health trusts since 2013 was similar (around 40%). The number of researchers in the institute sector did grow more modestly with 16%.

In the Higher Education Institutions, the growth was mainly in the personnel groups of assistant professors and researchers/postdocs (70% and 59% resp.). The number of professors and PhDs also increased considerably (21% and 27%). In general, the ratio professor/associate professor/postdoc/PhD is approximately 1:1:1:1.5, in international perspective a low number of postdocs and PhDs per (senior) researcher. The low number of postdocs limits the career perspectives for young researchers that have just received their

¹⁵ SSBN, 2024a

PhD degree. Training of more PhDs will strengthen research, hospitals, industry and policy: not all PhD graduates will pursue a career in research.

In 2021, the average age of professors was 58 years, with 40% of the professors over 62 years of age, which makes succession plans necessary. Associate professors are on average 50 years old.

Most staff originate from Norway, and it is assumed (based on number of foreign PhD holders) that 23% of all researchers in the medical evaluated HEI were foreign researchers (excluding PhD students), most of them in the researchers and postdoc group. The percentage of foreign researchers has not increased since 2017. The number of foreign PhD students is estimated at 26% (based on awarded doctoral degrees in 2021).

In the health trust sector, in 2021, 41% of staff was senior physician, 10% physician, 4% psychologist, 33% researcher/postdoc and 12% PhD student. The average age of senior researchers in health trusts is much lower than in HEI (e.g. 51 years for senior physicians and 39 for physicians). Only 16% of the senior physicians is older than 62 years of age, probably since the clinical work in health trusts is quite strenuous esp. in the combination of research, and not often done at higher ages. The researcher/postdoc group in health trusts is older than the comparable group in HEI (47 against 39). In most health trusts, there is a clear tension between clinical practice and research, that leads to high workloads as well as to pressure on research, since patients always get priority.

Foreigners are rarely employed in health trusts. Only in the group of researchers/postdocs 10% has a foreign background¹⁶, probably because in health trusts client contact is important in most functions, and for this fluent Norwegian is a prerequisite condition.

In the institute sector the average age is 46 (constant over the last 10 years) with a 10% staff above the age of 62 years. The number of foreign researchers is 13%.

From the evaluations of the research groups and admin units it becomes clear that there are difficulties in recruiting and retaining early-career researchers (e.g., PhD students and postdocs), especially in remote locations. The Norwegian language requirement is an issue that reduces the opportunities to attract foreigners (and keep them).

To strengthen the research in Norway, research careers need to be made more attractive. New groups of young researchers need to be attracted, career perspective should be provided (special attention for postdocs), and (in hospital trusts) competition between clinical work and research should be tackled. Specific attention should be paid to regions outside Oslo.

3.3. Infrastructure

Research Infrastructures are an enabler of research. Since 2010 Norway has had a roadmap for research infrastructure (broader than just medicine and health) that is aligned with the European ESFRI roadmap and updated after each major call for funding for research infrastructure under the auspices of the Research Council. The most recent roadmap was published in 2023. Sharing and reuse of research data, international cooperation on research infrastructures and sustainability are the overarching objectives of

¹⁶ SSBN, 2024a

this roadmap¹⁷. The roadmap includes infrastructures for clinical trials in the primary and specialist health services, registries and biobanks, as well as technology platforms related to bioinformatics/systems biology, gene sequencing and various 'omics' techniques, NMR analyses and other imaging technologies and structural determinations. Norway is part of major European initiatives in the fields of imaging technologies, clinical research and biobanks.

The evaluation shows there are some very good examples of available research infrastructure, but also that there is room for improvement regarding the levels of access and engagement. It should be considered how infrastructures increasingly could become drivers of research projects rather than mainly service cores.

Some equipment is too expensive for one organisation, e.g. technological equipment like PET scanners, a cyclotron or a supercomputer. The acquisition of this type of equipment needs a national approach (or even a Nordic approach) and sharing across organisations: not only sharing the equipment but sharing the actual research projects so that a broad knowledge base is developed. Maintenance and operation needs also to be shared, and competences for operation should have a large continuity and should not be dependent on temporary staff.

Registries have played an important role in medical and health research in the past years, driven by the need for quantitative evidence. Norway has a good national health registry system, complemented by many generally not yet technically and semantically coordinated National Quality Registers and some very good longitudinal datasets (like the HUNT study and the Tromsø study). The insight that the causes and effects of diseases are determined by many personal factors including genetics, environmental factors, etc. have led to great expectations in the field of personalised medicine, but integrated availability of structured electronic patient record data is a prerequisite for effective development of personal treatment. Norway has a good starting position but should invest to keep up with international developments. Raw electronic patient data should be made available and made accessible real time. Central competence building across the various registries should be promoted (esp. in the way data are formed (semantic level), stored and transferred (technical) and made accessible (legal level)), and visibility of the data should be promoted or even enforced at a national level so that the registries can become a backbone for the Norwegian health system and a strong asset for Norwegian research.

¹⁷ RCN, 2023

4. PhD training, Recruitment, Mobility and Diversity

4.1 PhD training

Statistics Norway reports 1896 PhD students in 2021 in the participating administrative units, 72% in the higher education sector and 28% in the health trusts (PhDs in health trusts can only receive their PhD degree from a degree-granting institution). No data are provided about PhD students among the staff of the institutes but based on the self-evaluations and interviews with the institutes, there are quite a number of PhDs that are located in institutes where they do their research work. They get their degree from a university (degree granting institution). Interaction between actual workplace and academic promotor is not always optimal. The four largest employers of PhDs in the HEI are the UiO (362, 26% of HEI total), NTNU (318, 23%), UiB (231, 17%) and UiT, the Arctic University of Norway (185, 14%). In the health trust sector 80% of the PhD students is employed in the university hospitals, of which again 65% (319) in OUS.

All in all, 44% of all medical PhD students are located in Oslo¹⁸. The number of PhDs per research field seem to reflect the general distribution of research fields in Norway (see above).

464 students received a PhD degree in the field of Medical and Health Sciences in 2023¹⁹. PhD students in the Health, Welfare and Sport field take longer to get their degree than the 'average' PhD student in Norway, but the drop-out rate is lower. From those students that started in the period 2018-2023 with a PhD in this field, 15.2% graduated within 3 years (13.9% for all fields); 44.4% graduated within 5 years (48,2%); 35,6% is still in the same course of study (27.7%) and 20.1% dropped out (24.1%)²⁰.

A national learning environment for research methods and making research designs is lacking in Norway. This means that all admin units develop their own programmes, even where capacity to do so is missing. Academic training of PhDs benefits from a broader learning environment interaction than just with their promotor, or, in institutes, just with the colleagues in the institute. Whether this environment is provided greatly depends on the supervisor or the research group in which the PhD is embedded. Attention to this is necessary.

4.2 Recruitment

From the evaluations of the admin units it becomes clear that there are difficulties in recruiting and retaining early-career researchers (e.g., PhD students and postdocs), especially in remote locations.

¹⁸ SSBN, 2024a

¹⁹ Statista, 2025

²⁰ SSBN, 2024b

The models to recruit externally at the early independent career stage were widely different. More focus on start-up packages and considering these an investment for the dynamic future of research environments would help.

4.3 Mobility

Numbers about staff mobility are not provided to the evaluation committee, and especially about national mobility there are no indications about mobility either.

In terms of international mobility, the assumption of Statistics Norway that most researchers with a foreign PhD degree are foreigners²¹, suggest that getting a PhD abroad and then returning to Norway is uncommon. However actual data are not provided/not known.

As stated above it is estimated that 23% of all researchers in the medical evaluated HEI were foreign researchers (excluding PhD students), while the number of foreign PhD students is estimated at 26%²². In health trusts foreigners are rare (10% in the group of researchers/postdocs 10%). In the institute sector the number of foreign researchers is 13%. Overall, this would mean that approximately 1250 researchers (or 13.6%) in the evaluated admin units are of foreign origin. The share of foreign R&D personnel has slowly increased over the years but is still low. The Norwegian language requirement is an issue that reduces the opportunities to attract foreigners (and keep them), especially in health trusts, but also in other organisations.

Career perspectives for researchers are unclear: The gap between getting a PhD degree and becoming a professor or senior physician is too large. There is a low number of postdocs (making it difficult for PhD graduates to make it to the next step) and opportunities for postdocs to obtain permanent positions are also limited. With a large number of professors in the HEI retiring within a couple of years there seem to be some new perspectives, but the group below professor level is also already quite old. Succession plans for leadership are not common.

4.4 Diversity

In the medical and health sciences, women form the majority of researchers: 62% in HEI, 54% in in HT and 63% in the research institutes. In the most advanced career levels (professors, senior physicians) the percentage of women increased from just above 30% in 2013 to 47% in 2021 (data for HEI and health trusts). This means that in absolute numbers the number of female staff in the highest categories doubled! At all the other levels female researchers are in the majority: 59-70% in the HEI and 55-67% in the health trusts²³. Data on gender at management level are not known, although, based on impression of the national evaluation committee, women are represented less pronounced than at lower levels.

In the institute sector, gender equality policies are in place and well implemented. Even though there is still some progress to be made to promote women to the more advanced

²¹ SSBN, 2024a

²² For comparison (Statista, 2025): In 2023, 54% of PhD graduates (across all disciplines) was female, 40% were non-Norwegian citizens

²³ SSBN, 2024a

career levels, attention should also be paid to attract more men to this research field (and to higher education in general).

What is really missing from an international perspective, is a strategy on other social exclusion as well as on ethnicity including indigenous populations in Norway. This could have advantages for health research, not only in terms of attracting more researchers, but also on the choice of research topics.

These data are collected at admin unit level, but not available at a national level because of GDPR.

5. Research Cooperation nationally and internationally

5.1 Admin units' cooperation within and between different sectors

The network analysis provided by NIFU²⁴ (based on the national co-publications) shows that the national network in Norway is quite connected. The administrative units from UiO and the OUS that participated in this evaluation have, as part of the biggest organisations in the Norwegian medical and health research system, a central role. Other bigger universities are connected to many smaller universities and health trusts as well. Some smaller universities and health trusts also have surprisingly high numbers of connections, also across the sectors. There is also cooperation with NIPH (broad) and the cancer registry (inside cancer research). NORCE and the STAMI are not showing in the network graph. The cooperation pattern of the topics they are covering seems to be outside the core areas of the admin units covered by EVALMEDHELSE.

Even though there are many co-publications, nationwide cooperation focused on common goals (with aligned or even integrated research agendas, e.g. within specific programmes or even a national strategy) may be a way to lift research quality further. Countrywide knowledge exchange needs to be incentivised, and research results need to be exchanged in an open way between institutions. The rest of the country needs connection to the larger universities and university hospitals like in Oslo, Bergen, Trondheim or Stavanger, not competition with them.

Interdisciplinary and intersectional research is important to address complex societal challenges. Several administrative units faced difficulties initiating and operationalising interdisciplinary efforts, suggesting a need for better infrastructure and support systems to enable such collaborations. A good way to do this would be to organise research not along discipline or (internal) group, but more programmatic, along common goals, facilitating internal and external cooperation.

5.2 Admin units research cooperation nationally and internationally²⁵

Co-authorship is a commonly used indicator of research cooperation. In the field of medical sciences 53% of the publications show national co-authorship and 65% of the publications show international co-authorship. National co-authorship is much higher than in other science fields (24% average national co-publication rate for all Norwegian research publications), which shows that the medical field is well connected nationally, but which is also a sign of the larger size of the medical and health research field in Norway than other

²⁴ NIFU, 2024b

²⁵ Data in this chapter from: NIFU, 2024c and NIFU, 2024d

research fields. The international co-publication rate is, according to the national committee in line with countries comparable to Norway.

Patterns in international cooperation are less clear than national cooperation patterns. Although there are high numbers of international co-publications, only a few administrative units collaborate in EU projects, and even fewer are leading EU projects. For a majority of admin units, the amount of international funding including EU funding is low.

More international outreach (also beyond EU, e.g. NIH) could help raise the standing of Norwegian research and help attract people to Norway. Focus should be on cooperating with the best international partners in the field, not necessarily on partners that are already known. Norwegian researchers should also have the ambition to lead more of these international projects.

6. Societal impact and the role of research in society, including Open science

6.1 General reflections

Open Science

Policies and practice with regard to open science seem well established if it comes to publishing in open access journals. The means/abilities to implement open science strategies at lower levels in the system are not always provided. Open Access Publication is not/hardly affordable in small centres. Policies and practice with regard to open science with regard to availability of research data are to a lesser extent implemented.

Most administrative units did not touch upon issues beyond publication and data availability. This can affect research in the future, e.g. with linking raw personal data to personal medicine approaches Norway is much behind rest of Europe.

User involvement in research

User involvement is about including all the relevant users, e.g. patients, health trust staff, industry representatives, policy makers, etc. in all stages of the research, from research design to research evaluation. This is likely to increase relevance, since user needs are clear from the beginning and can be integrated into the research approach. It also increases the likelihood of success, since user reflections can form an extra input in the research phase, and user experiments may be easier to arrange. Experience from the national committee shows that user involvement increases when funders (or others) ask before a project is started how end users are involved in setting up the project and how they will be involved in using the knowledge.

Even though RCN introduced user involvement as a criterion in all applications in 2015, in Norway, user involvement and engagement are underdeveloped. In the research group evaluations however, only a small minority of the groups was considered to have an outstanding social partner involvement in all aspects of the research, while more than 1/3d of the groups showed no or only a modest attention to this aspect. The evaluation committee would expect that the admin units should look widely at involvement techniques that are successfully used in other countries, to develop clear plans with the resources that are required to implement this as soon as possible.

Societal impact

Societal impact of research in the medical field cannot easily captured in one number. It can have many forms, including effects on prevention of disease, effects on patients and public, effects on treatment methods, effects on costs of treatment, effects on education, effects on policies, new products for industry with economic effects like turnover, profits and employment, etc.

Societal impact of (medical) research is not systematically and centrally monitored in Norway. There is also limited communication to the general public of how the research impacts society.

Reports from the regional health authorities to the Ministry of Health and Care Services on innovation activities in the Health Trusts indicate increasing activity since 2015 (stagnated by COVID in 2021 and 2022)²⁶. In addition, to get a better picture of impact, for this evaluation the administrative units were asked to provide case descriptions to identify what they considered noteworthy societal impacts of their research. In total almost 250 case studies were received. Based on this information case studies and the description of societal impact that the research groups provided in their self-evaluations, the peer review panels that evaluated the research groups, gave a qualitative appreciation of the societal impact of the group, ranging from “There is little documentation of the contribution of the group to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally” via “The group’s contribution to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally is on par with what is expected from groups in the same research field” to “The group has contributed extensively to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally”. According to this assessment, the societal impact of medical and health research in Norway is in line with impact elsewhere. In about 45% of the groups there is more than average impact, including approximately 14% of groups contributing extensively.

The national committee recognises there are many good examples of (societal) impact of research (see examples below). Despite this, the committee finds the integration between research, knowledge translation, and implementation in society underdeveloped and not forming a continuous process from discovery to implementation. Connections between disciplines relevant across the value chain should be enhanced. This can also be part of a programmatic approach as described in 3.1.

Generally, the interface to industry was ad hoc and unstructured. Similarly for initiatives around vendor funding for startups. There is in many places a mindset that research cannot be translated, but there are also examples of admin units that made a difference over the past years. Overall, the medical and health research field in Norway seems to be lacking strategies on how to become attractive to industry to, for instance regarding ease of locating and ease of investment.

Especially in the institute sector, and related to their overall task, the interface towards policy is better developed although there is room for development both in terms of the administrative and management structure and the way collaboration between research and knowledge translation is shaped. NORCE even has a special knowledge translation centre, to implement research-based knowledge into practice. However, in the institute sector, research is generally quite descriptive not interventionist and, here again, the focus is more on projects than on programmes, limiting the opportunities to get evidence for policy makers to deal with societal problems.

Norway shares with the rest of Europe the split ownership between primary and secondary care. The latter is organised at the level of regions whereas the municipalities are responsible for all primary health care and also care and social service for the elderly. There

²⁶ NIFU, 2024e

is a need for evidence based knowledge in this area but at the same time the research environment is often not ideal either because funding is limited or because the research done is not enough practice oriented. An improvement of the scientific output from this segment of healthcare cannot be expected without a decisive and coordinated effort (organisation, funding, policies and competence).

Institutes like NORCE and local HEI would benefit for going for a more permanent long term relationship providing research and implementation programmes rather than commissioned projects.

6.2 Review of the EVALMEDHELSE impact cases

Of the almost 250 impact cases that were submitted by the administrative units as part of EVALMEDHELSE to illustrate their societal impact, eleven are presented below in a short summary. All impact cases submitted to EVALMEDHELSE will be available in a summary report on the Research Council's website from April 2025.

The eleven selected cases do neither cover all impacts that the medical and health research in Norway has had in the past 10 years (it is only a small sample), nor do they necessarily represent the best examples of impact (since it depends very much on the criteria that are used to quantify impact, what is considered the largest impact). The eleven cases were selected by the national committee to illustrate the different pathways that can lead from research to impact and the different impacts medical and health research can have.

The cases come from all three sectors in Norwegian research (HEI, INST and HT), include examples from bigger and smaller organisations (or from collaborating partners), and from all over Norway. The impact case studies also cover various medical domains (biotechnology, cardiology, handling of the Covid pandemic, nursing, oncology, psychology).

Many cases have effect on multiple issues. The examples include cases of impact on new medicines and treatment methods (case studies C, D, G); impact on clinical guidelines (nationally and internationally, case studies F, J, K); patient treatment/recovery (case studies C, J); impacts on societal costs of disease (case studies A, J); impact on cooperation with industry (case study B); impact on public policy (case studies A, B, F, G, H, J, K); impact on economic activity (case studies B, C, D); impact on education (case study E); impact on well-being of patients (case studies A, B, E, I); new economic activity in spin-offs (case studies C, D); impact on costs of health care (case studies H,J); and impact on public awareness (case studies A, F, I).

Together, the case descriptions provide a good picture of the impacts of medical research in Norway in the past 10 years. There is a great potential in continuously publicising various examples of impact in order to further the understanding of the need for research funding in the eye of the public.

Case study A: Sami Nursing, University of Tromsø.

Reasoning: In order to provide care to the Sámi in their native language the University of Tromsø has created a Bachelor's programme in Sámi Nursing.

The Bachelor's programme in Sámi Nursing holds significant importance not only for the Sámi community but also for the broader population. This program emphasises the Northern Sámi language, Sámi cultural studies, contemporary Sámi issues, and the concept of cultural safety within the nursing profession. The availability of nurses fluent in Sámi is crucial for patient care in the North and serves as a valuable measure of quality in the provision of healthcare services.

Case study B: Therapy Light rooms / Innovative Light solutions to improve health and quality of life (Psychology, University of Bergen)

Reasoning: This is included as it has links to industry as well as improving the lives of those with dementia and their caretakers. The new lights are likely to be adopted nationally and probably internationally, with economic effects for the industry partner.

Baseline mapping demonstrated that light conditions in nursing home dementia units were below the industrial standards, regardless of season, and not suitable according to scientific standards to support a robust circadian rhythm. A randomised controlled trial demonstrated immediate benefits on sleep and psychiatric symptoms of a dynamic ceiling-mounted light therapy on nursing home patients with dementia. The project influenced public policy and services, prompting a heightened focus on enhancing lighting in both the light and health industries. The light therapy improved sleep as observed by the nursing home staff and neuropsychiatric symptoms, in particular depression. The new and improved LED technology is more economic and environmentally friendly with less power consumption. The industry partner has received more requests from different nursing homes. Although this impact is in its early stages it has a lot of potential for wide international impact

Case study C: Cardiac biomarkers (Akershus University Hospital and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo)

Reasoning: The impact of the research group in developing biomarkers for severe cardiac disease to guide clinical decisions is of direct relevance for patient care. Several clinical trials have been conducted using the biomarkers. The observations in the group have also generated intellectual property rights and led to establishment of two spin-off biotechnology companies.

The Cardiovascular Research Group at Akershus University Hospital (Ahus, hospital) and Campus Ahus (University of Oslo) is a leading international group in studies on cardiac biomarkers. Cardiovascular disease and myocardial dysfunction are among leading causes of death in the Western world. Biomarkers are imperative for guiding clinical decisions and follow up principles in care of cardiovascular disease. The cardiovascular research group at Ahus hospital and Campus Ahus perform clinical and experimental studies of cardiac biomarkers, and as examples have demonstrated high-sensitivity cardiac troponin I and T to

identify subclinical and clinical myocardial injury, and the novel biomarker secretoneurin as a novel cardiac biomarker for heart failure. The administrative unit offers large clinical cohorts and state-of-the-art laboratories, collaboration with international enterprises as well as national diagnostic companies are established.

The work from 2012-2022 includes clinical studies with established cardiac biomarkers, which have direct relevance on patient care, and integrated, translational research on novel cardiac biomarkers. The work was performed in close collaboration with industry partners and has led to significant advancements for clinical care, intellectual property rights (IPR), and the establishment and development of two Norwegian biotechnology companies. As the principal partner of CardiNor AS (Oslo, Norway), a CE-approved SN ELISA assay was developed, which is currently validated in clinical studies. In parallel molecular work, SN is pursued as a drug concept for treatment of ventricular arrhythmias with on-going IPR work.

Case study D: Fostering biotech excellence, a case showcasing innovations and startups (Division of Laboratory Medicine - KLM, Oslo University Hospital and University of Oslo).

Reasoning: The impact of Vaccibody is demonstrated both in the financial success and the successful production of numerous vaccines including the first Nykode based on targeted vaccines against cancer and infectious disease. Nextera was based on a novel phage display technology applied in target discovery and TCR and antibody drug development in oncology and autoimmunity. Authera is a pre-clinical-stage biotechnology company dedicated to the discovery and development of novel therapeutic biologics.

Innovations in the RCN CoE Centre for Immune Regulation (CIR) led to three startup companies in the Biotech sector. The first, Vaccibody (now Nykode) was based on targeted vaccines against cancer and infectious disease. The driven innovation relating to Vaccibody included 10 PhDs and > 50 research papers, encompassing a diverse collection of publications on vaccines for cancer and infectious disease. The technology was based upon targeted delivery of vaccine antigen for strong B (antibody) and T cell responses. Vaccibody was established in 2007, currently has 200 employees, is listed on the Oslo Stock Exchange and has extensive list of trials and industrial collaborations.

Nextera was based on a novel phage display technology applied in target discovery and TCR and antibody drug development in oncology and autoimmunity.

Authera was based upon breakthrough understandings of complex FcRn biology and its ligands, IgG antibodies and albumin, and collaborates with a range of global biotech and pharma companies. All three companies have expanding activities, value and impact and exemplify an emergent biotech sector in Norway.

Case study E: Bridging Body and Mind through effective interventions, tools, and health literacy (Oslo University, Psychology Department, IPS)

Reasoning: The cost of chronic pain is very high on social welfare. This adaptation of ACT for chronic pain has had effects on four separate areas in Norway – policy, workplace integration, public awareness and literacy and is cost-effective. All impact is national but it is likely that this will also have international impact in the future.

This research (Randomised controlled trials (RCTs) on Acceptance and Commitment Therapy-based work rehabilitation and IPS adaptations for chronic pain) realised significant improvements in workforce reintegration and mental well-being, which in turn led to:

1. **National Health Policy Changes:** The research contributed to workplace health interventions recognised by the Norwegian Directorate of Health, including ACT-based programmes and IPS adaptations that are now part of Norway's recommended treatment approaches for chronic pain and mental health in the workplace.
2. **Improvement in Workforce Reintegration:** The ACT-based work rehabilitation model has significantly reduced long-term sick leave and improved work participation rates. This intervention has been adopted in Norwegian health services as a key method for helping individuals on extended leave due to chronic pain or mental health issues re-enter the workforce effectively.
3. **Health Literacy and Public Awareness:** Through publications, seminars, and collaborations, including the Oslo Chronic Fatigue Consortium, the Mind Body Lab has reached thousands of practitioners and patients with evidence-based information on managing stress, pain, and fatigue.
4. **Cost-effective Health Solutions:** By demonstrating the cost-effectiveness of IPS and ACT interventions, the research has informed funding decisions within Norwegian healthcare, highlighting that these methods not only improve patient outcomes but also reduce healthcare expenses by preventing long-term disability and unnecessary treatments. The research has been widely referenced, with over 16,000 views, and has influenced public and professional understanding of chronic stress management.

Case study F: NIPH, division of Mental and physical health: Real-time surveillance of covid-19 immunisation program in Norway

Reasoning: This case is about real-time surveillance of covid-19 immunisation and an excellent example of the interaction between research - decision and policymaking in real-time. An excellent element of this research is inclusion of circular communication between practice, reporting observations, register, real time analysis of data, and reporting to authorities and back into practice. The research had impact on the scientific as it demonstrates the importance of available register data that can be used to master a life-threatening situation like a pandemic.

“Real-time surveillance of covid-19 immunisation program in Norway” is an excellent example of research that in real-time provided evidence-based knowledge that changed policy recommendations and clinical practice to manage the pandemic and protect the public from severe complications related to immunisation for covid-19. The ability to, in real-time,

monitor and adapt the immunisation program would not have been possible without the long history of building registers, having access to scientific resources and experiences, and the political mandate to monitor, analyse and pass on the latest knowledge to those taking it to national decision making and into practice. An excellent element of this research is inclusion of circular communication between practice, reporting observations, register, real time analysis of data, and reporting to authorities and back into practice. The research had impact on the scientific community via publications in high impact journals, and international and European organisations responsible for dealing with the pandemic. Real-time recommendations on which vaccine to use, on handling of risk or side effects of different vaccines, etc., had a highly important impact on the public. The research also had public impact as a measure to counter rumours and inform societal debate regarding vaccine safety by providing evidence-based knowledge. Another lesson to be learned is the importance of investing in infrastructure and international collaboration to handle public health threats in real-time.

**Case study G : Nucleic acid extraction – Covid diagnostics for a nation, NTNU;
Faculty of Medicine and Health Sciences**

Reasoning: This case highlights the importance of long-lasting expertise in basic research for the timely development of diagnostic test for COVID19, also thanks to a cross disciplinary collaboration at NTNU. NTNU has a strong international reputation and over time managed to build strong collaborative networks within and outside the University. Thus, an environment was created to conduct research along the entire value chain. The impact case illustrates how all steps constituting this chain have been combined to generate societal impact, including basic research. It also shows the importance of interdisciplinary collaboration and intersectional collaboration at local and national level.

The research has highlighted the importance of long-lasting expertise in basic research for the timely development of diagnostic test for Covid-19 also thanks to a cross disciplinary collaboration at NTNU. This test was the most used extraction test for PCR based corona diagnostics in Norway. The expertise and technology in the research group on nucleic acid extraction and detection, and implementation on advanced liquid handling systems combined with microbial and viral diagnostics expertise was essential for this innovation. Fundamental was also the proximity to the competent research environments of the Department of chemical engineering at NTNU and the proximity to St Olavs University Hospital in Trondheim. Six papers by the research group published in international journals are listed. The NTNU corona test had an enormous impact on the test capacity, monitoring and controlling infection spread in the Norwegian society during the pandemic. This impact case clearly demonstrates how strong and robust basic research teams have a unique potential for innovation which is of particular importance for preparedness.

Case study H: Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of- hours care: a registry-based observational study in Norway, University of Bergen; Department for Global Public Health and Primary Care

Reasoning: This case points out how research results were reported in newspapers and led to high level political discussion in several European countries.

Continuity of care in general practice is shown to increase patient satisfaction, improve health, and contribute to more efficient use of total health care. However, when holding different policy goals against each other access has often been prioritised over continuity of care. In the research environment, there has been a focus on the utilisation of health care with continuity of care as one main pillar. Research was conducted with the aim to increase knowledge regarding continuity of care and analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP). The duration of the RGP-patient relationship (i.e. being listed to the same RGP) was used as a predictor for the use of OOH services, acute hospital admission, and mortality in 2018. The research led to a publication of the study that was covered by media and led to high level political discussions in several European countries.

Case study I: Capitalising on Norwegian birth cohort and registry data to generate real-world evidence about medications in pregnancy, UiO Dept. of Pharmacy

Reasoning: There is a great need for human data and research about the safety and efficacy of medication strategies during pregnancies. The case has established novel insight into the long-term drug safety in utero and is an excellent example of comprehensive data analysis and secondary use of health data giving value back to the population. Of note is also the advanced biostatistical and causal inference methods.

The unique Norwegian birth cohort and health registries were utilised in this multidisciplinary project studying the long-term effects and safety of drugs during pregnancy. The results have helped promoting the safety and well-being of pregnant women and their children. Normal drug testing always excludes pregnant volunteers. Real-life pharmaco-epidemiological studies provide important information on these critical gaps in knowledge for the benefit of the safety and well-being of fetuses and their mothers. The projects have downstream resulted in numerous impactful projects for example articles on the effects of analgesics and antidepressants impacting DNA methylation in the offspring. Further perinatal pharmaco-epigenetic studies were followed and reported.

Case study J: Exercise therapy or arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two-year follow-up, Martina Hansens Hospital

140 middle-aged patients with degenerative meniscal tears were during October 2009-September 2012 recruited from two Norwegian orthopaedic hospitals, Ullevål University Hospital (54 patients) and Martina Hansens Hospital (MHH-C) (86 patients). The patients were randomised (1:1) to treatment with either surgery or exercise therapy. The surgery was performed as an arthroscopic procedure ("keyhole" surgery) with excision of meniscal tissue and the exerciser therapy program included physiotherapist-assisted strengthening

exercises twice or three times a week over a period of 12 weeks. The follow-ups at 3, 6, 12 and finally 24 months included patient reported outcomes measures (PROMs) and physical performance and muscle strength tests. No difference in patient reported outcomes between the intervention groups 2 years following treatment.

The published article received wide media attention at the time of publication with a high altmetric score and has subsequently been highly cited. This procedure was very common prior to this trial and has now largely been abandoned world-wide.

Case study K: Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer prevention strategies, University of Oslo, Institute of Health and Society

Reasoning: This is a good example for excellent health services research influencing guidelines and practice not only in Norway, but also the WHO's Global Strategy to Eliminate Cervical Cancer. Research is excellent throughout and links to impact are clear with strong evidence of population benefit.

The research produced by HELSAM's faculty has informed and impacted national and international recommendations for the prevention and control of human papillomavirus (HPV)-related diseases. Nationally, the changes to Norway's cervical cancer screening and HPV vaccination policies have been influenced by the HELSAM research team. Internationally, researchers at HELSAM were pivotal in designing the WHO's Global Strategy to Eliminate Cervical Cancer, adopted by the World Health Assembly in 2020. Rapid response insights on COVID-related disruptions emphasise the need for adaptive research. Overall, HELSAM's research team, resonates through policy changes, shaping international and national healthcare agendas, and providing timely responses to emerging challenges, exemplifying a transformative influence on both global and local health initiatives.

7. Recommendations

The national committee is of the opinion that the medical and health research in Norway is of good quality and has good societal impact to examples where research is of top level and where there is excellent impact. However, there are opportunities to reach top level across a broader part of the system and for increasing societal impact. In order to achieve this, actions should be taken in the domains of organisation, human resource management, incentives and data management. The five most important recommendations to achieve this are:

1. Improve the coordination of research funding to promote the competitiveness of the medical and health research in Norway.

- ***Aim to create synergies and critical mass across the research system***
- ✓ ***Organise a strategic discussion on whether the research resources on specific topics should be pooled or whether they should be spread out geographically.*** Take into account experiences on what has been achieved with the (fundamental) restructuring of the research environment in many units, often merging smaller colleges into larger structures. The committee would encourage avoiding duplication and silo based working between organisations and encourage a focus on cooperation (e.g. virtual research groups across organisations) instead of solely promote competition on project level. Also include the role of regions and municipalities (esp. in rural areas), in the health care system and their needs for research in the discussion²⁷. Make a decision based on the outcome of the discussion.
- ✓ ***Increase base funding for smaller health trusts and smaller HEI,*** so they can be equipped to do good research and become attractive partners in national and international cooperation.
- ✓ ***Consider central provision of methodological expertise*** to increase research power of smaller admin units which cannot afford developing all methodological expertise inhouse by themselves.

2. Increase the competitiveness of Norwegian medical and health research by focusing research on goal-oriented programmes across administrative units and organisations and connecting these to international state of the art.

- ✓ ***Develop goal oriented research strategies and increase focus in the research*** (either by reducing the number of research topics, or by cooperating with other entities). Such strategies can also provide a basis for better planning of recruitment.
- ✓ ***Increase collaboration and joint work at*** strategic level as well as in the delivery of the research.
- ✓ ***Obtain more competitive international funding.*** Be more ambitious, make resources available for application support for Horizon and ERC, also as a consortium leader, cooperate with the international leaders in the field, look beyond Europe (e.g. NIH).
- ✓ (for institutes) ***Strengthen the portfolio of intervention studies,*** again moving from projects to goal oriented programmes, and by increasing cooperation (esp. with regional and municipal authorities providing health and social care but also with universities). This increases the opportunities to get evidence for policy makers to deal with (suddenly arising) societal problems.
- ✓ ***Direct funding from projects (and maybe base funding) to society oriented programmes.*** The programmes should be focused on clear societal targets²⁸, with clear roadmaps and milestones, where researchers cooperate across research groups and organisations to achieve common goals. This unites larger and smaller groups into

²⁷ Kunnskapsdepartementet, 2020

²⁸ Targets could be offering solutions for medical problems but could also be about furthering thematic insights and could involve methodological, ethical or other topics that cut across more clinically oriented research.

networks to mobilise critical mass, it promotes interdisciplinary collaboration across the value chain, involves the different regions as well as user groups across Norway, and contributes to relevance, quality and impact and makes it possible to measure progress.

- ✓ **Reward research groups/researchers that participate in international programmes**, e.g. award national bonuses for successful applications in Horizon and/or develop a mechanism for compensation for highly ranked (but not funded) ERC applications. These rewards can lower the threshold to consider (considerable) efforts in applications for these prestigious grants and may create a more international orientation.
- ✓ **Promote cooperation of public research with industry**, esp. in the field of medical technologies, which seems not to be the focus of the research in admin units in the evaluation, but which is a sizeable industrial sector in Norway. This could e.g. be done by developing a cooperative industry programmes focused on PhDs and postdocs, look for example at the Luxembourg FNR Industrial fellowship scheme (Industrial Fellowships - FNR)

3. Make medical and health research more attractive for young and/or foreign staff and develop clear career perspectives for researchers.

- **Develop clear career perspectives for researchers.** The gap between getting a PhD degree and becoming a professor or senior physician is large. Programme based research has a better base for recruitment than singular research projects.
- **Put more focus on start-up packages for external recruits at the early independent career stage.** Consider these an investment for the dynamic future of research environments.
- **Switch to a more international culture, where English and Norwegian are operating languages.** Attracting foreign staff is the easiest/fastest solution to attract more staff for research. Having to learn to speak Norwegian is a serious barrier for this.
- **Develop affirmative action to attract researchers to smaller health trusts outside Oslo and Bergen.** Consider higher salaries in the North, a number of automatically funded PhDs or post docs with each professor position, etc.
- **Be vigilant about the increasing gender gap** in recruitment to health research and make efforts to understand why men shy away from research.
- **Develop inclusion strategies that are broader than gender strategies alone.** Set clear goals and measure progress.
- For admin units in the HT sector: **Implement incentives to do research, in order to reduce the tension between clinical practice and research.**
- **Develop succession plans for leadership**, in cases where retirement for present leaders is close. Take the gender balance into account, as women are (still) underrepresented in senior positions.

4. Develop and implement a good, nationally coordinated registry system as a backbone for and a strong asset of Norwegian medical and health research.

- **Make research across registries possible.** In order to achieve this, it is necessary to review all registers available and develop an effective organisation structure, using national and international standards for data exchange, including the EU framework for interoperability (Operational, technical, semantic and legal), as well as a nationally established practice for data privacy vs. secondary use of health data (i.e. GDPR vs. EHDS).
- ✓ **Develop a semantic standard for registries that** is encouraged for all health registries, clinical registries and longitudinal datasets to use

- ✓ **Adopt a technical standard for registries** that is obligatory for all health registries, clinical registries and longitudinal datasets.
- **Promote the use of structured clinical patient data with real time accessibility.**
- **Promote the visibility of the data so that the registries can become a backbone for the Norwegian health system**

5. Increase societal impact of medical and health research and communicate this impact

- **Develop methods to manage impact more explicitly** and in such a way maximise impact.
- **Increase user involvement in all stages of research.**
- **(Develop methods to) Monitor impact (more) systematically**, e.g. use of research in adapting clinical guidelines, number of patients in registries, number of qualified research projects that use the registries etc.
- **Improve and increase communication about impact of research to the general public**
- **Provide funding for open access publication and opening up of data as part of research grants.** Open Science is strengthening the research system. At present, open science is the responsibility of the admin units, and they make good progress in this field, but esp. smaller admin units in smaller organisation do not have the means to fund open publication.

Evaluation of medicine and health

Introduction

The Research Council of Norway (RCN) has been given the mission by the Ministry of Education and Research to perform subject-specific evaluations. The evaluation of life sciences is conducted in 2022 - 2024. The evaluation of biosciences takes place in 2022 - 2023, and the evaluation of medicine and health takes place in 2023-2024 (Figure 1).

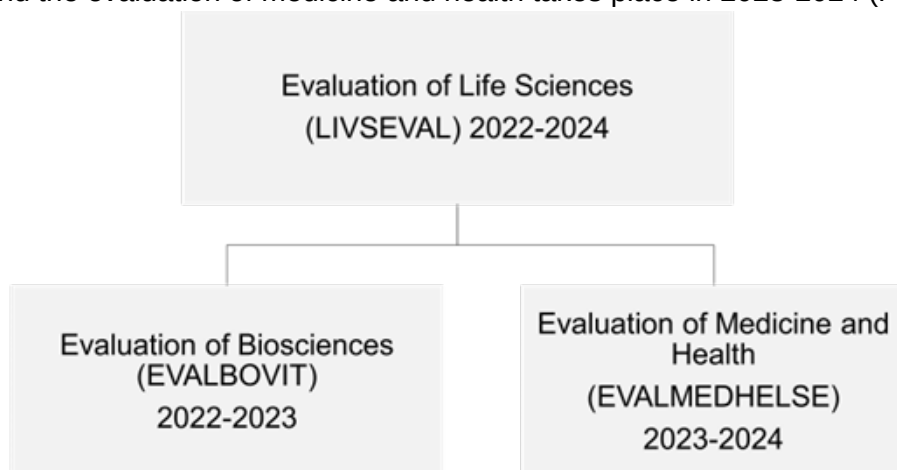


Figure 1. Evaluation of Life Sciences 2022-2024

The primary aim of the evaluation of life sciences is to reveal and confirm the quality and the relevance of research performed at Norwegian Higher Education Institutions (HEIs), the institute sector and the health trusts. The evaluation will result in recommendations for the institutions, the Research Council of Norway (RCN), and the ministries.

Each institution has a responsibility to follow up the evaluation's recommendations given in the evaluation reports to the administrative units. Research Council of Norway aims to use the outcomes of the evaluation as a knowledge base for further discussions with the institutions on issues such as general plans and national measures relating to legal research. The RCN will use the evaluation in its development of funding instruments and in the advice, it gives to the ministries.

Methods

Evaluation protocol

The RCN created the evaluation protocol, decided the assessment criteria (Appendix B) and planned the review process. The evaluation protocol was decided by the portfolio board of Life sciences April 2022.

Terms of reference

The terms of reference and assessment criteria were adapted to the institutions' own strategies and objectives. The institutions' terms of reference contained specific information about the research unit that the evaluation committee was to consider in its assessment (Appendix A in the evaluation protocol).

Registration of administrative unit

All research performing organisations in the field of life sciences were invited to the evaluations. Twenty-two administrative units responded positively to participation in EVALBIOVIT (2022-2023) (Table 1) and sixty eight administrative units responded positive participate in EVALMEDHELSE (2023-2024) (Table 2). Institutions enrolled to the evaluation by submitting Terms of reference for participating administrative unit in addition to research groups.

Table 1. Names of participation administrative units in EVALBIOVIT 2022-2023

Administrative unit	Institution
Computational Biology Unit (CBU)	UiB
Department for Biotechnology and Nanomedicine	Sintef Industry
Department of biological sciences	UiB
Department of Biology	NTNU
Department of Biosciences	UiO
Department of Biotechnology and Food Science	NTNU
Department of Chemistry, Bioscience and Environmental Engineering	UiS
Department of Natural history	NTNU
Faculty of Bioscience	NMBU
Faculty of Biosciences and Aquaculture	Nord university
Faculty of Biosciences, Fisheries and Economics	UiT
Faculty of Chemistry, Biotechnology and Food Science	NMBU
Faculty of Environmental Sciences and Natural Resource Management	NMBU
Faculty of Science and Engineering	UiA
Natural History Museum (NHM)	UiO
Nofima	Nofima
Norwegian Institute for Nature Research (NINA)	NINA
Research department	NPI
The Advisory and Research Program unit	Institute of Marine Research
The Arctic University Museum	UiT
The Faculty of Veterinary Medicine	NMBU
University Museum of Bergen	UiB

Table 2. Names of participation administrative units in EVALMEDHELSE 2023-2024

Administrative unit	Institution
AHUS	AHUS
Cancer Registry of Norway	Cancer Registry of Norway
Centre for Psychopharmacology	Diakonhjemmet Hospital
Centre for Fertility and Health	NIPH
Department of Biomedicine	UiB
Department of Clinical Dentistry	UiB
Department of Clinical Dentistry	UiT

Department of Clinical Medicine	UiT
Department of Clinical Science I	UiB
Department of Clinical Science II	UiB
Department of Community Medicine	UiT
Department of Global Public Health and Primary Care	UiB
Department of Health and Care Sciences	UiT
Department of Medical Biology (IMB)	UiT
Department of Pharmacy	UiO
Department of Pharmacy	UiT
Department of Physical Performance	NIH
Department of Psychology	NTNU
Department of Psychology	UiT
Department of Psychology	UiO
Department of Research	Sunnaas Rehabilitation Hospital
Department of Social Education	UiT
Department of Sports Medicine	NIH
Division of Cancer Medicine	OUS
Division of Cardiovascular and pulmonary diseases	OUS
Division of Climate and Environmental Health	NIPH
Division of Clinical Neuroscience	OUS
Division of Emergency and Critical Care	OUS
Division of Gynaecology and Obstetrics	OUS
Division of Head, Neck and Reconstructive Surgery	OUS
Division of Health Services	NIPH
Division of Infection Control	NIPH
Division of Laboratory Medicine	OUS
Division of Medicine	OUS
Division of Mental and Physical Health	NIPH
Division of Mental Health and Addiction	OUS
Division of Paediatric and Adolescent Medicine	OUS
Division of Prehospital Services	OUS
Division of Radiology and Nuclear Medicine	OUS
Division of Surgery, Inflammatory Diseases and Transplantation	OUS
Division of Technology and Innovation	OUS
Faculty of Dentistry	UiO
Faculty of Health and Social Sciences	HVL
Faculty of Health and Sport Sciences	UiA
Faculty of Health Sciences	UiS
Faculty of Health Sciences (HV)	OsloMet
Faculty of Health Sciences and Social Care	Molde University College
Faculty of Health, Welfare and Organisation	Østfold University College
Faculty of Medicine and Health Sciences	NTNU
Faculty of Nursing and Health Sciences	Nord universitet
Faculty of Psychology	UiB

Faculty of Social and Health Sciences	HINN
Haukeland University Hospital	HUS
Health and Social Sciences Division	NORCE
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust
Institute of Basic Medical Sciences	UiO
Institute of Health and Society	UiO
Lovisenberg Diaconal Hospital	Lovisenberg Diaconal Hospital
Martina Hansens Hospital	Martina Hansens Hospital
National Institute of Occupational Health	STAMI
NCMM	UiO
RBUP Øst og Sør	RBUP Øst og Sør
RBUP Nord	UiT
REMEDY	Diakonhjemmet Hospital
Research Institute of Modum Bad	Modum Bad
School of Sport Sciences	UiT
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital
Stavanger University Hospital	SUS

Organisation

The evaluation has been done at three levels (Figure 2).

First evaluation level – Evaluation of research groups in expert panels

The administrative units enrolled their research groups to be assessed by expert panels divided by subjects and disciplines within the field of medicine and health across sectors. The eighteen expert panels consisted of four to six international experts per panel.

Second and main evaluation level – Evaluation of admin units in evaluation committees

The administrative units were assessed by evaluation committees according to sectorial affiliation and/or other relevant similarities between the units. The evaluation committees had expertise in the main disciplines of the medicine and health and various aspects of organization and management of research and higher education. The eight evaluation committees consisted of 4-8 international committee members per evaluation committee.

Third and evaluation of the national level

The national evaluation committee consisted of the eight chairs of the eight evaluation committees. The national committee was requested to compile a report based on the assessments and recommendations from the 68 independent administrative evaluation unit reports.

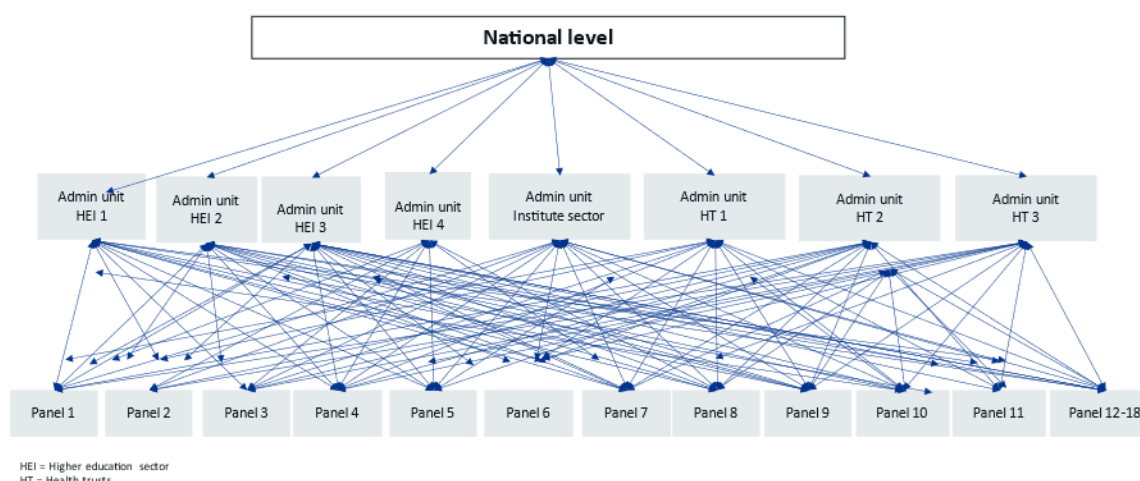


Figure 2. Organisation of the evaluation of medicine and health in three levels; expert panels, evaluation committees and the national level.

External evaluation secretariat

The Research Council has established an external evaluation secretariat for the evaluation. The external secretariat was responsible for the implementation of the evaluation process.

Data

The documentary inputs to the evaluation were:

- Evaluation Protocol Evaluation of life sciences in Norway 2022-2023
- Administrative unit's Terms of Reference
- Administrative unit's self-assessment report
- Administrative unit's impact cases
- Administrative unit's research groups evaluation reports
- Panel reports from the Expert panels (18 expert panel reports)
- Bibliometric data (*NIFU*)
- Personnel data (*SSB*)
- Funding data – The Research Council's contribution to medicine and health research (*RCN*)
- Indicators for innovation (*RCN*)
- Extract from the Student Survey (*NOKUT*)

Limitations

This national report of the evaluation of medicine and health sciences in Norway 2023-2024 is the result of an extensive process of peer review of medicine and health sciences at 3 levels of the Norwegian research system: the research group level, the administrative unit level (department/institute/centre/institution) and the national level. At the lower levels of the evaluation, many comments have been made by those involved in the expert panels and evaluation committees about the evaluation process, most of them focusing on the limited amount of time that evaluators could spend on each group or administrative unit evaluated, and the limited direct interaction that the expert panels had with the groups (only a self-evaluation report) and the evaluation committees with the administrative units (a self-

evaluation report and an (online) interview of 1.5 hours with the (management) of the units). Although we share these concerns, we think that this design of the evaluation process has provided good quality inputs for a robust assessment at the national level. Important in achieving robust results have also been the composition of the national evaluation committee, consisting of the chairs of the committees that performed the administrative unit evaluations. Improvements in future evaluations (without increasing costs) are:

- Improved data availability (especially details about the role of hospital trusts as this is not an own sector in national statistics. It is split between the HEI and the institute sector).
- Better instructions for the groups and administrative units preparing the self-evaluations (including more instruction on what the boundaries of groups are).
- Scores that better reflect the underlying idea of research excellence (only 2-3 scores: Quality, Impact, Viability), and better calibration of scores across evaluated research groups (especially at research group level).
- Moving the interviews to earlier in the evaluation process, which will, earlier in the process, give better understanding of the administrative units and increase the time available for writing of the administrative unit reports.
- It would also be good to undertake a discussion about the nature of participation and whether it should be voluntary or obligatory.

References

- (Kunnskapsdepartementet, 2020), Strategi for helhetlig instituttpolitikk
- (NIFU, 2024a), A bibliometric analysis of Norwegian science
- (NIFU, 2024b), Publication and citation analysis - a national profile NIFUWorkingPaper2025-B.pdf
- (NIFU, 2024c), The Norwegian research system – structure and main characteristics, revised version
- (NIFU, 2024d), Compilation report EVALMED, Bibliometric statistics and analyses for administrative units included in the evaluation of medicine and health research in Norway
- (NIFU, 2024e), Indicators for innovation, document prepared for the Evaluation of Medicine and Health 2023-2024
- (NIFU, 2024f), Role of External funding in Norwegian research
- (NOKUT, 2023), Extract from the Survey for academic staff and the Student Survey
- (RCN, 2021), Science & Technology Indicators for Norway 2021, RCN, Oslo, 2021
- (RCN, 2022), Evaluation Protocol Evaluation of life sciences in Norway 2022-2024
- (RCN, 2023), Norwegian Roadmap for Research Infrastructure, RCN, last updated August 2024
- (RCN, 2024a), RCN funding of medicine and health research
- (RCN, 2024b), Norway is not just about the fords, presentation for kick-off EVALMEDHELSE,
- (RCN, 2024c), Overview of EVALMEDHELSE research group evaluation scores, internal document
- (RCN, 2025 a), 68 Administrative unit's evaluation reports, made for EVALMEDHELSE, available from April 2025
- (RCN, 2025b), 68 Administrative unit's impact cases, made for EVALMEDHELSE, available from April 2025
- (RCN, 2025c), 18 Expert panel reports, made for EVALMEDHELSE, internal documents
- (SSBN, 2024a), Statistics for use in the evaluation of medical and health sciences
- (SSBN, 2024b) Completion of rates of students in higher education
- (SSBN, 2025), R&D statistics, HelseOmsorg21Monitor, online, Feb 2025
- (Statista, 2025), Norway: doctorate degrees (by study field 2023, by gender 2023, by origin, 2023)
- Vetenskapsradet, 2024, Swedish research barometer 2023

Appendices

Evaluation of life sciences in Norway 2022-2024

LIVSEVAL protocol version 1.0

By decision of the Portfolio board for life sciences April 5., 2022

© The Research Council of Norway 2022

The Research Council of Norway
Visiting address: Drammensveien 288
P.O. Box 564
NO-1327 Lysaker

Telephone: +47 22 03 70 00

Telefax: +47 22 03 70 01

post@rcn.no

www.rcn.no

The report can be downloaded at
www.forskningsradet.no/publikasjoner

Oslo, 5 April 2022

ISBN 978-82-12-Klikk her for å fylle ut (xxxxx-x). (pdf)

1 Introduction

Research assessments based on this protocol serve different aims and have different target groups. The primary aim of the evaluation of life sciences is to reveal and confirm the quality and the relevance of research performed at Norwegian Higher Education Institutions (HEIs), and by the institute sector and regional health authorities and health trusts. These institutions will hereafter be collectively referred to as Research Performing Organisations (RPOs). The assessments should serve a formative purpose by contributing to the development of research quality and relevance at these institutions and at the national level.

1.1 Evaluation units

The assessment will comprise a number of *administrative units* submitted for evaluation by the host institution. By assessing these administrative units in light of the goals and strategies set for them by their host institution, it will be possible to learn more about how public funding is used at the institution(s) to facilitate high-quality research and how this research contributes to society. The administrative units will be assessed by evaluation committees according to sectoral affiliation and/or other relevant similarities between the units.

The administrative units will be invited to submit data on their *research groups* to be assessed by expert panels organised by research subject or theme. See Chapter 3 for details on organisation.

<i>Administrative unit</i>	An administrative unit is any part of an RPO that is recognised as a formal (administrative) unit of that RPO, with a designated budget, strategic goals and dedicated management. It may, for instance, be a university faculty or department, a department of an independent research institute or a hospital.
<i>Research group</i>	Designates groups of researchers within the administrative units that fulfil the minimum requirements set out in section 1.2. Research groups are identified and submitted for evaluation by the administrative unit, which may decide to consider itself a single research group.

1.2 Minimum requirements for research groups

- 1) The research group must be sufficiently large in size, i.e. at least five persons in full-time positions with research obligations. This merely indicates the minimum number, and larger units are preferable. In exceptional cases, the minimum number may include PhD students, postdoctoral fellows and/or non-tenured researchers. *In all cases, a research group must include at least three full-time tenured staff.* Adjunct professors, technical staff and other relevant personnel may be listed as group members but may not be included in the minimum number.

- 2) The research group subject to assessment must have been established for at least three years. Groups of more recent date may be accepted if they have come into existence as a consequence of major organisational changes within their host institution.
- 3) The research group should be known as such both within and outside the institution (e.g. have a separate website). It should be able to document common activities and results in the form of co-publications, research databases and infrastructure, software, or shared responsibilities for delivering education, health services or research-based solutions to designated markets.
- 4) In its self-assessment, the administrative unit should propose a suitable benchmark for the research group. The benchmark will be considered by the expert panels as a reference in their assessment of the performance of the group. The benchmark can be grounded in both academic and extra-academic standards and targets, depending on the purpose of the group and its host institution.

1.3 The evaluation in a nutshell

The assessment concerns:

- research that the administrative unit and its research groups have conducted in the previous 10 years
- the research strategy that the administrative units under evaluation intend to pursue going forward
- the capacity and quality of research in life sciences at the national level

The Research Council of Norway (RCN) will:

- provide a template for the Terms of Reference¹ for the assessment of RPOs and a national-level assessment in life sciences
- appoint members to evaluation committees and expert panels
- provide secretarial services
- commission reports on research personnel and publications based on data in national registries
- take responsibility for following up assessments and recommendations at the national level.

RPOs conducting research in life sciences are expected to take part in the evaluation. The board of each RPO under evaluation is responsible for tailoring the assessment to its own strategies and specific needs and for following them up within their own institution. Each participating RPO will carry out the following steps:

- 1) Identify the administrative unit(s) to be included as the main unit(s) of assessment
- 2) Specify the Terms of Reference by including information on specific tasks and/or strategic goals of relevance to the administrative unit(s)

¹ The terms of reference (ToR) document defines all aspects of how the evaluation committees and expert panels will conduct the [research area] evaluation. It defines the objectives and the scope of the evaluation, outlines the responsibilities of the involved parties, and provides a description of the resources available to carry out the evaluation.

- 3) The administrative unit will, in turn, be invited to register a set of research groups that fulfil the minimum criteria specified above (see section 1.2). The administrative unit may decide to consider itself a single research group.
- 4) For each research group, the administrative unit should select an appropriate benchmark in consultation with the group in question. This benchmark can be a reference to an academic level of performance or to the group's contributions to other institutional or sectoral purposes (see section 2.4). The benchmark will be used as a reference in the assessment of the unit by the expert panel.
- 5) The administrative units subject to assessment must provide information about each of their research groups, and about the administrative unit as a whole, by preparing self-assessments and by providing additional documentation in support of the self-assessment.

1.4 Target groups

- Administrative units represented by institutional management and boards
- Research groups represented by researchers and research group leaders
- Research funders
- Government

The evaluation will result in recommendations to the institutions, the RCN and the ministries. The results of the evaluation will also be disseminated for the benefit of potential students, users of research and society at large.

This protocol is intended for all participants in the evaluation. It provides the information required to organise and carry out the research assessments. Questions about the interpretation or implementation of the protocol should be addressed to the RCN.

2 Assessment criteria

The administrative units are to be assessed on the basis of five assessment criteria. The five criteria are applied in accordance with international standards. Finally, the evaluation committee passes judgement on the administrative units as a whole in qualitative terms. In this overall assessment, the committee should relate the assessment of the specific tasks to the strategic goals that the administrative unit has set for itself in the Terms of Reference.

When assessing administrative units, the committees will build on a separate assessment by expert panels of the research groups within the administrative units. See Chapter 3 'Evaluation process and organisation' for a description of the division of tasks.

2.1 Strategy, resources and organisation

The evaluation committee assesses the framework conditions for research in terms of funding, personnel, recruitment and research infrastructure in relation to the strategic aims set for the administrative unit. The administrative unit should address at least the following five specific aspects in its self-assessment: 1) funding sources, 2) national and international cooperation, 3) cross-sector and interdisciplinary cooperation, 4) research careers and mobility, and 5) Open Science. These five aspects relate to how the unit organises and actually performs its research, its composition in terms of leadership and personnel, and how the unit is run on a day-to-day basis.

To contribute to understanding what the administrative unit can or should change to improve its ability to perform, the evaluation committee is invited to focus on factors that may affect performance.

Further, the evaluation committee assesses the extent to which the administrative unit's goals for the future remain scientifically and societally relevant. It is also assessed whether its aims and strategy, as well as the foresight of its leadership and its overall management, are optimal in relation to attaining these goals. Finally, it is assessed whether the plans and resources are adequate to implement this strategy.

2.2 Research production, quality and integrity

The evaluation committee assesses the profile and quality of the administrative unit's research and the contribution the research makes to the body of scholarly knowledge and the knowledge base for other relevant sectors of society. The committee also assesses the scale of the unit's research results (scholarly publications, research infrastructure developed by the unit, and other contributions to the field) and its contribution to Open Science (early knowledge and sharing of data and other relevant digital objects, as well as science communication and collaboration with societal partners, where appropriate).

The evaluation committee considers the administrative unit's policy for research integrity and how violations of such integrity are prevented. It is interested in how the unit deals with research data, data management, confidentiality (GDPR) and integrity, and the extent to which independent and critical pursuit of research is made possible within the unit. Research integrity relates to both the scientific integrity of conducted research and the professional integrity of researchers.

2.3 Diversity and equality

The evaluation committee considers the diversity of the administrative unit, including gender equality. The presence of differences can be a powerful incentive for creativity and talent development in a diverse administrative unit. Diversity is not an end in itself in that regard, but a tool for bringing together different perspectives and opinions.

The evaluation committee considers the strategy and practices of the administrative unit to prevent discrimination on the grounds of gender, age, disability, ethnicity, religion, sexual orientation or other personal characteristics.

2.4 Relevance to institutional and sectoral purposes

The evaluation committee compares the relevance of the administrative unit's activities and results to the specific aspects detailed in the Terms of Reference for each institution and to the relevant sectoral goals (see below).

Higher Education Institutions

There are 36 Higher Education Institutions in Norway that receive public funding from the Ministry for Education and Research. Twenty-one of the 36 institutions are owned by the ministry, whereas the last 15 are privately owned. The HEIs are regulated under the Act relating to universities and university colleges of 1 August 2005.

The purposes of Norwegian HEIs are defined as follows in the Act relating to universities and university colleges²

- provide higher education at a high international level;
- conduct research and academic and artistic development work at a high international level;
- disseminate knowledge of the institution's activities and promote an understanding of the principle of academic freedom and application of scientific and artistic methods and results in the teaching of students, in the institution's own general activity as well as in public administration, in cultural life and in business and industry.

In line with these purposes, the Ministry for Research and Education has defined four overall goals for HEIs that receive public funding. These goals have been applied since 2015:

- 1) High quality in research and education
- 2) Research and education for welfare, value creation and innovation
- 3) Access to education (esp. capacity in health and teacher education)
- 4) Efficiency, diversity and solidity of the higher education sector and research system

The committee is invited to assess to what extent the research activities and results of each administrative unit have contributed to sectoral purposes as defined above. In particular, the committee is invited to take the share of resources spent on education at the administrative units into account and to assess the relevance and contributions of research to education, focusing on the master's and PhD levels. This assessment should be distinguished from an

² <https://lovdata.no/dokument/NLE/lov/2005-04-01-15?q=universities>

assessment of the quality of education in itself, and it is limited to the role of research in fostering high-quality education.

Research institutes (the institute sector)

Norway's large institute sector reflects a practical orientation of state R&D funding that has long historical roots. The Government's strategy for the institute sector³ applies to the 33 independent research institutes that receive public basic funding through the RCN, in addition to 12 institutes outside the public basic funding system.

The institute sector plays an important and specific role in attaining the overall goal of the national research system, i.e. to increase competitiveness and innovation power to address major societal challenges. The research institutes' contributions to achieving these objectives should therefore form the basis for the evaluation. The main purpose of the sector is to conduct independent applied research for present and future use in the private and public sector. However, some institutes primarily focus on developing a research platform for public policy decisions, others on fulfilling their public responsibilities.

The institutes should:

- maintain a sound academic level, documented through scientific publications in recognised journals
- obtain competitive national and/or international research funding grants
- conduct contract research for private and/or public clients
- demonstrate robustness by having a reasonable number of researchers allocated to each research field

The committee is invited to assess the extent to which the research activities and results of each administrative unit contribute to sectoral purposes and overall goals as defined above. In particular, the committee is invited to assess the level of collaboration between the administrative unit(s) and partners in their own or other sectors.

The hospital sector

There are four regional health authorities (RHF) in Norway. They are responsible for the specialist health service in their respective regions. The RHF are regulated through the Health Enterprises Act of 15 June 2001 and are bound by requirements that apply to specialist and other health services, the Health Personnel Act and the Patient Rights Act. Under each of the regional health authorities, there are several health trusts (HF), which can consist of one or more hospitals. A health trust (HF) is wholly owned by an RHF.

Research is one of the four main tasks of hospital trusts.⁴ The three other main tasks are to ensure good treatment, education and training of patients and relatives. Research is important if the health service is to keep abreast of stay up-to-date with medical developments and carry out critical assessments of established and new diagnostic methods,

³ [Strategy for a holistic institute policy \(Kunnskapsdepartementet 2020\)](#)

⁴ Cf. the Specialist Health Services Act § 3-8 and the Health Enterprises Act §§ 1 and 2

treatment options and technology, and work on quality development and patient safety while caring for and guiding patients.

The committee is invited to assess the extent to which the research activities and results of each administrative unit have contributed to sectoral purposes as described above. The assessment does not include an evaluation of the health services performed by the services.

2.5 Relevance to society

The committee assesses the quality, scale and relevance of contributions targeting specific economic, social or cultural target groups, of advisory reports on policy, of contributions to public debates, and so on. The documentation provided as the basis for the assessment of societal relevance should make it possible to assess relevance to various sectors of society (i.e. business, the public sector, non-governmental organisations and civil society).

When relevant, the administrative units will be asked to link their contributions to national and international goals set for research, including the Norwegian Long-term Plan for Research and Higher Education and the UN Sustainable Development Goals. Sector-specific objectives, e.g. those described in the Development Agreements for the HEIs and other national guidelines for the different sectors, will be assessed as part of criterion 2.4.

The committee is also invited to assess the societal impact of research based on case studies submitted by the administrative units and/or other relevant data presented to the committee. Academic impact will be assessed as part of criterion 2.2.

3 Evaluation process and organisation

The RCN will organise the assessment process as follows:

- Commission a professional secretariat to support the assessment process in the committees and panels, as well as the production of self-assessments within each RPO
- Commission reports on research personnel and publications within life sciences based on data in national registries
- Appoint one or more evaluation committees for the assessment of administrative units.
- Divide the administrative units between the appointed evaluation committees according to sectoral affiliation and/or other relevant similarities between the units.
- Appoint a number of expert panels for the assessment of research groups submitted by the administrative units.
- Divide research groups between expert panels according to similarity of research subjects or themes.
- Task the chairs of the evaluation committees with producing a national-level report building on the assessments of administrative units and a national-level assessments produced by the expert panels.

Committee members and members of the expert panels will be international, have sufficient competence and be able, as a body, to pass judgement based on all relevant assessment criteria. The RCN will facilitate the connection between the assessment levels of panels and committees by appointing committee members as panel chairs.

3.1 Division of tasks between the committee and panel levels

The expert panels will assess research groups across institutions and sectors, focusing on the first two criteria specified in Chapter 2: 'Strategy, resources and organisation' and 'Research production and quality' The assessments from the expert panels will also be used as part of the evidence base for a report on Norwegian research within life sciences (see section 3.3).

The evaluation committees will assess the administrative units based on all the criteria specified in Chapter 2. The assessment of research groups delivered by the expert panels will be a part of the evidence base for the committees' assessments of administrative units. See figure 1 below.

The evaluation committee has sole responsibility for the assessments and any recommendations in the report. The evaluation committee reaches a judgement on the research based on the administrative units and research groups' self-assessments provided by the RPOs, any additional documents provided by the RCN, and interviews with representatives of the administrative units. The additional documents will include a standardised analysis of research personnel and publications provided by the RCN.

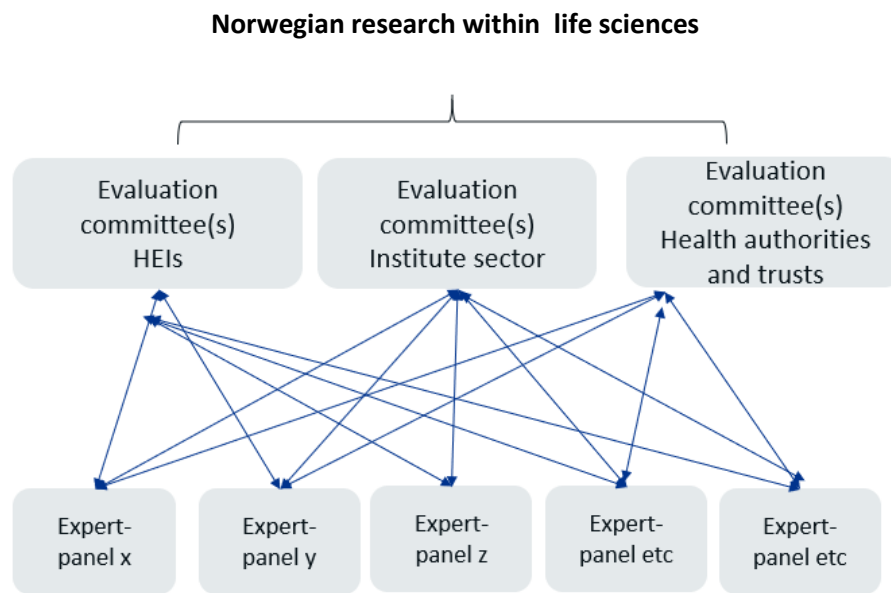


Figure 1. Evaluation committees and expert panels

The evaluation committee takes international trends and developments in science and society into account when forming its judgement. When judging the quality and relevance of the research, the committees shall bear in mind the specific tasks and/or strategic goals that the administrative unit has set for itself including sectoral purposes (see section 2.4 above).

3.2 Accuracy of factual information

The administrative unit under evaluation should be consulted to check the factual information before the final report is delivered to the RCN and the board of the institution hosting the administrative unit.

3.3 National level report

Finally, the RCN will ask the chairs of the evaluation committees to produce a national-level report that builds on the assessments of administrative units and the national-level assessments produced by the expert panels. The committee chairs will present their assessment of Norwegian research in life sciences at the national level in a separate report that pays specific attention to:

- Strengths and weaknesses of the research area in the international context
- The general resource situation regarding funding, personnel and infrastructure
- PhD training, recruitment, mobility and diversity
- Research cooperation nationally and internationally
- Societal impact and the role of research in society, including Open Science

This national-level assessment should be presented to the RCN.

Appendix A: Terms of References (ToR)

[Text in red to be filled in by the Research-performing organisations (RPOs)]

The board of [RPO] mandates the evaluation committee appointed by the Research Council of Norway (RCN) to assess [administrative unit] based on the following Terms of Reference.

Assessment

You are asked to assess the organisation, quality and diversity of research conducted by [administrative unit] as well as its relevance to institutional and sectoral purposes, and to society at large. You should do so by judging the unit's performance based on the following five assessment criteria (a. to e.). Be sure to take current international trends and developments in science and society into account in your analysis.

- a) Strategy, resources and organisation
- b) Research production, quality and integrity
- c) Diversity and equality
- d) Relevance to institutional and sectoral purposes
- e) Relevance to society

For a description of these criteria, see Chapter 2 of the life sciences evaluation protocol. Please provide a written assessment for each of the five criteria. Please also provide recommendations for improvement. We ask you to pay special attention to the following [n] aspects in your assessment:

- 1. ...
- 2. ...
- 3. ...
- 4. ...
- ...

[To be completed by the board: specific aspects that the evaluation committee should focus on – they may be related to a) strategic issues, or b) an administrative unit's specific tasks.]

In addition, we would like your report to provide a qualitative assessment of [administrative unit] as a whole in relation to its strategic targets. The committee assesses the strategy that the administrative unit intends to pursue in the years ahead and the extent to which it will be capable of meeting its targets for research and society during this period based on available resources and competence. The committee is also invited to make recommendations concerning these two subjects.

Documentation

The necessary documentation will be made available by the **life sciences** secretariat at Technopolis Group.

The documents will include the following:

- a report on research personnel and publications within life sciences commissioned by RCN
- a self-assessment based on a template provided by the life sciences secretariat
- **[to be completed by the board]**

Interviews with representatives from the evaluated units

Interviews with the **[administrative unit]** will be organised by the evaluation secretariat. Such interviews can be organised as a site visit, in another specified location in Norway or as a video conference.

Statement on impartiality and confidence

The assessment should be carried out in accordance with the *Regulations on Impartiality and Confidence in the Research Council of Norway*. A statement on the impartiality of the committee members has been recorded by the RCN as a part of the appointment process. The impartiality and confidence of committee and panel members should be confirmed when evaluation data from **[the administrative unit]** are made available to the committee and the panels, and before any assessments are made based on these data. The RCN should be notified if questions concerning impartiality and confidence are raised by committee members during the evaluation process.

Assessment report

We ask you to report your findings in an assessment report drawn up in accordance with a format specified by the life sciences secretariat. The committee may suggest adjustments to this format at its first meeting. A draft report should be sent to the **[administrative unit]** and RCN]. The **[administrative unit]** should be allowed to check the report for factual inaccuracies; if such inaccuracies are found, they should be reported to the life sciences secretariat within the deadline given by the secretariat. After the committee has made the amendments judged necessary, a corrected version of the assessment report should be sent to the board of **[the RPO]** and the RCN after all feedback on inaccuracies has been received from **[administrative unit]**.

Appendix B: Data sources

The lists below shows the most relevant data providers and types of data to be included in the evaluation. Data are categorised in two broad categories according to the data source: National registers and self-assessments prepared by the RFOs. The RCN will commission an analysis of data in national registers (R&D-expenditure, personnel, publications etc.) to be used as support for the committees' assessment of administrative units. The analysis will include a set of indicators related to research personnel and publications.

Data providers

- Norwegian Agency for Quality Assurance in Education (NOKUT)
- Research Council of Norway (RCN)
- Statistics Norway (SSB)
- Nordic institute for studies of innovation, research and education (NIFU)

Available data material

1) Administrative unit

a. Data from administrative units:

- Self-assessment covering all assessment criteria*
- Administrative data on funding sources*
- Administrative data on personnel*
- Administrative data on research infrastructure and other support structures*
- SWOT analysis*
- Impact cases*
- Any supplementary data needed to assess performance related to the Terms of Reference, strategic goals and specific tasks of the unit*

b. Data from expert panels

- Panel report for each expert panel in the evaluation*
- Assessment reports per participating research group*

c. Data from National data providers

- Publication and citation analysis (NIFU)*
- Statistics for use in the evaluations (SSB)*
- The Norwegian Research System (NIFU)*
- Bibliometrics Higher Education Sector (NIFU)*
- Bibliometrics Institute Sector (NIFU)*
- Bibliometrics Health Trusts (NIFU)?*

d. Data from the Research Council of Norway

- Research Council of Norway contribution to the evaluation (RCN)*
- Extract from the Survey of academic staff (NOKUT)*
- Extract of the Student Survey (NOKUT)*

2) Research groups

b. Data from the research groups

- i. Self-assessment covering the first two assessment criteria (see Table 1)*
- ii. Research group data on funding sources*
- iii. Research group data on personnel*
- iv. Publication profiles*
- v. Example publications and other research results (databases, software etc.)
The examples should be accompanied by an explanation of the groups' specific contributions to the result*
- vi. Any supplementary data needed to assess performance related to the benchmark defined by the administrative unit*

c. Data from National data providers

- i. Publication and citation analysis (NIFU)*

The table below shows how different types of evaluation data may be relevant to different evaluation criteria. Please note that the self-assessment produced by the administrative units in the form of a written account of management, activities, results etc. should cover all criteria. A template for the self-assessment of research groups and administrative units will be commissioned by the RCN from the life sciences secretariat for the evaluation.

Table 1. Types of evaluation data per criterion (changes may occur)

Criteria \ Evaluation units	Research groups	Administrative units
Strategy, resources and organisation	Self-assessment Data from National data providers	Self-assessment Terms of Reference Research groups assessment reports Data from National data providers and RCN
Research production and quality	Self-assessment Example publications (and other research results)	Self-assessment Expert panel reports Research groups assessment reports Data from National data providers and RCN
Diversity, equality and integrity		Self-assessment Expert panel reports Research groups assessment reports Data from National data providers and RCN
Relevance to institutional and sectoral purposes		Self-assessment Impact cases Data from National data providers and RCN
Relevance to society		Self-assessment Impact cases Data from National data providers and RCN
Overall assessment	<i>Data related to: Benchmark defined by administrative unit</i>	<i>Data related to: Strategic goals and specific tasks of the admin. unit</i>

Members of the National Committee of EVALMEDHELSE 2023-2024

Name	Title	Institution	Chair of committee
Falko Sniethotta	Professor	Medicine Mannheim, Germany	Higher Education Institution 1
Til Wykes	Professor dame	King´s College, UK	Higher Education Institution 2
Søren Brunak	Professor	University of Copenhagen, Denmark	Higher Education Institution 3
Anja Kumeich	Professor	Maastricht University, Netherland	Higher Education Institution 4
Ingalill Rahm Hallberg	Professor emerita	Lund University, Sweden	Institute sector
Johan Hallgren	Professor	University of Gothenburg, Sweden	Health Trust 1
Martin Ingvar	Professor	Karolinska Institutet, Sweden	Health Trust 2
Jørgen Frøkiær	Professor	Aarhus university, Denmark	Health Trust 3

Institution	Administrativ unit	Name of research group	Panel group	Expert panel
AHUS	AHUS	Cardiovascular Research Group	3b Clinical research	3b-2
AHUS	AHUS	Clinical mental health research group	5 Psychology	5a
AHUS	AHUS	Clinical Neuroscience Group	3b Clinical research	3b-1
AHUS	AHUS	Clinical radiology	3a Clinical research	3a-2
AHUS	AHUS	Department of Clinical Molecular Biology (EpiGen)	2 Molecular Biology	2c
AHUS	AHUS	HØKH	4 Public health	4c
AHUS	AHUS	Microbiology and Infectious diseases	2 Molecular Biology	2a
AHUS	AHUS	Obstetric and Gynecology research group	3a Clinical research	3a-1
AHUS	AHUS	Orthopedic Research Group	3b Clinical research	3b-3
AHUS	AHUS	Pediatric research group AHUS PAEDIA	3a Clinical research	3a-1
AHUS	AHUS	Surgical Research Group (SRG)	3a Clinical research	3a-1
AHUS	AHUS	Translational Cancer Research Group	3a Clinical research	3a-2
Cancer Registry	Cancer Registry of Norway	Cancer Registry	Group 4	4e
Diakonhjemmet Hospital	Center for Psychopharmacology	Center for Psychopharmacology	1 Physiology	1b
Diakonhjemmet Hospital	REMEDY	REMEDY	3b Clinical research	3b-3
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Bergen Multiple Sclerosis Research Group	3b Clinical research	3b-1
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Bergen respiratory research group	3b Clinical research	3b-2
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Broegelmann Research Laboratory	3b Clinical research	3b-3

Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Cardiac markers	3b Clinical research	3b-2
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	DECODE-PD	3b Clinical research	3b-1
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Endocrine Medicine	3b Clinical research	3b-3
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Oncology	3a-Clinical research	3a-2
Haukeland University Hospital	Haukeland University Hospital	Renal research group	3b Clinical research	3b-2
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Internal medicine HMR	3b Clinical research	3b-3
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Neur-HMR	3b Clinical research	3b-1
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Obstetric and pediatric research group Ålesund	3a Clinical research	3a-1
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Oncology research group	3a Clinical research	3a-2
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Orthopaedic research HMR	3b Clinical research	3b-3
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Psyciatry	5 Psychology	5b
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Radiology	3a Clinical research	3a-2
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	SUR-HMR	3b Clinical research	3b-1
Helse Møre og Romsdal hospital trust	Helse Møre og Romsdal hospital trust	Breast Cancer Research Group	3a Clinical research	3a-2

Inland Norway University of Applied Sciences	Faculty of Social and Health Sciences	Critical Public Health Research Group	4 Public health	4a
Inland Norway University of Applied Sciences	Faculty of Social and Health Sciences	Health and Mastery in an Interdisciplinary Perspective	4 Public health	4a
Inland Norway University of Applied Sciences	Faculty of Social and Health Sciences	Trainome	1 Physiology	1a
Lovisenberg Diaconal Hospital	Lovisenberg Diaconal Hospital	ClinHealth	4 Public health	4d
Lovisenberg Diaconal Hospital	Lovisenberg Diaconal Hospital	MAGIC	4 Public health	4c
Lovisenberg Diaconal Hospital	Lovisenberg Diaconal Hospital	Psychiatric Genetic Epidemiology	4 Public health	4e
Martina Hansens Hospital	Martina Hansens Hospital	Martina Hansens Hospital Research group	3b Clinical research	3b-3
Modum Bad	Modum Bad	Modum Bad	5 Psychology	5a
Molde University College	Faculty of Health Sciences and Soial Care	Nursing	4 Public health	4d
Molde University College	Faculty of Health Sciences and Soial Care	Physiology	1 Physiology	1a
Møre ad RomsdalHospital trust	Stavanger University Hospital (SUH)	Breast Cancer Research Group	3a Clinical research	3a-2
NIH	Department of Physical Performance	Department of Physical Performance	4 Public health	4b
NIH	Department of Sports Medicine	Department of Sports Medicine	4 Public health	4b
NIPH	Centre for Fertility and Health	Centre for Fertility and Health	4 Public health	4e
NIPH	Division of Climate and Environmental Health	Chemistry toxicology(KMKT)	1 Physiology	1a
NIPH	Division of Climate and Environmental Health	Department of Air Quality and Noise	4 Public health	4b
NIPH	Division of Climate and Environmental Health	Department of food safety	4 Public health	4b

NIPH	Division of Health Services	Centre for Epidemic Interventions Research	4 Public health	4d
NIPH	Division of Health Services	Cluster for Health Services Services	4 Public health	4c
NIPH	Division of Health Services	Cluster for systematic reviews and health technology assessment	4 Public health	4d
NIPH	Division of Health Services	Global health cluster	4 Public health	4d
NIPH	Division of Infection Control	Centre for Antimicrobial Resistance	4 Public health	4b
NIPH	Division of Infection Control	Department of Bacteriology	2 Molecular Biology	2a
NIPH	Division of Infection Control	Department of Infection Control	4 Public health	4b
NIPH	Division of Infection Control	Department of Infection control and Preparedness	4 Public health	4b
NIPH	Division of Infection Control	Department of Infection Control and Vaccines	4 Public health	4b
NIPH	Division of Infection Control	Department of Methods Development and Analytics	4 Public health	4b
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Centre for Disease Burden	4 Public health	4e
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Centre for Evaluation of Public Health Measures	4 Public health	4a
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Child Health and Development	5 Psychology	5b
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Childhood and Families	5 Psychology	5b
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Department of Chronic Diseases	4 Public health	4e
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Department of Health Promotion	4 Public health	4a
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Mental Health and Suicide	5 Psychology	5b
NIPH	Division of Mental and Physical Health	Physical Health and Aging	4 Public health	4e
NIPH	Division of Mental and Physical Health	PsychGen	5 Psychology	5a

NORCE	Health and Social Sciences Division	Regional Centre for Child and Youth - Mental Health and welfare	5 Psychology	5b
Nord universitet	Faculty of Nursing and Health Sciences	Caring in Health Care	4 Public health	4d
Nord universitet	Faculty of Nursing and Health Sciences	Drug and drug management	4 Public health	4c
Nord universitet	Faculty of Nursing and Health Sciences	Epidemiologym Health- Care and Population - based studies	4 Public health	4c
Nord universitet	Faculty of Nursing and Health Sciences	Equitable Community Participation and Marginalised groups	4 Public health	4a
Nord universitet	Faculty of Nursing and Health Sciences	Ethics, relationships and actions in nursing and health sciences	4 Public health	4f
Nord universitet	Faculty of Nursing and Health Sciences	Mental Health	4 Public health	4a
NTNU	Department of Psychology	Adult Clinical Psychology	5 Psychology	5a
NTNU	Department of Psychology	CES	5 Psychology	5b
NTNU	Department of Psychology	EWeR	5 Psychology	5a
NTNU	Department of Psychology	Healthy workplaces	5 Psychology	5b
NTNU	Department of Psychology	Learning and skill development	5 Psychology	5b
NTNU	Department of Psychology	OPS	5 Psychology	5b
NTNU	Department of Psychology	TtiT	5 Psychology	5b
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Anaesthesia and Emergency Medicine	3b Clinical research	3b-1
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Centre for Care research	4 Public health	4c

NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Centre for Excellence in Molecular Inflammation Research (CEMIR)	2 Molecular Biology	2a
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Circuits and Plasticity	1 Physiology	1b
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Exercise, circulation and respiration	1 Physiology	1a
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	GeMS	3b Clinical research	3b-1
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	HUNT	4 Public health	4e
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	IMPACTS	4 Public health	4a
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Integrative Neuroscience Group	2 Molecular Biology	2c
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	K.G. Jebsen Centre for Genetic Epidemiology	4 Public health	4e
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	MR Unit	3a Clinical research	3a-2
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Musculoskeletal Research group	4 Public health	4d
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	NorHEAD	3b Clinical research	3b-1
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	NTNU Low Birth Weight in a lifetime perspective	3a Clinical research	3a-1
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Regional Centre for Child and Youth	4 Public health	4a
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Registry research for the health care services	4 Public health	4c
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Research group for cancer and palliative care	3a Clinical research	3a-2
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Sensory and Motor Systems	1 Physiology	1b
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Space, time and memory	1 Physiology	1b
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	The ultrasound research group	3a Clinical research	3a-2
NTNU	Faculty of Medicine and Health Sciences	Unit of Laboratory medicine	2 Molecular Biology	2c

NTNU	Faculty of Medicine and health sciences	Women's health and PCOS	3a Clinical research	3a-1
OsloMet	Faculty of Health Sciences	(Re)habilitation - individual, services and society	4 Public health	4d
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Acute critically ill and injured	4 Public health	4c
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Ageing, Health and Welfare	4 Public health	4f
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Applied and Experimental Behaviour Analysis in Clinical Practice	4 Public health	4f
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Behavioral principles – from animal models to human cultures	5 Psychology	5b
OsloMet	Faculty of Health Sciences	CARE Research group	4 Public health	4a
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Clinical Interventions and assistive Technology	3b Clinical research	3b-3
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Disease and Environmental Exposures	2 Molecular Biology	2a
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Empowerment	4 Public health	4a
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Experimental Studies of Complex Human Behavior	4 Public health	4f
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Genomics and Microbial Pathogens	2 Molecular Biology	2a
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Intervention in work and everyday life	4 Public health	4a
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Learning and interaction	4 Public health	4f
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Medicines and Patient Safety	4 Public health	4c
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Mental Health	5 Psychology	5b
OsloMet	Faculty of Health sciences	Midwifery science	3a Clinical research	3a-1
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Musculoskeletal Health	4 Public health	4d

OsloMet	Faculty of Health Sciences	PublicHealthNutrition	4 Public health	4b
OsloMet	Faculty of Health Sciences	Quality of Life	4 Public health	4a
Østfold University College	Faculty of Health, Welfare and Organisation	Milieu therapy and higher education pedagogy	5 Psychology	5b
Østfold University College	Faculty of Health, Welfare and Organisation	Person- centered healthcare and the digital society	4 Public health	4d
Østfold University College	Faculty of Health, Welfare and Organisation	Psychosocial work research group	5 Psychology	5b
Østfold University College	Faculty of Health, Welfare and Organisation	The acute, critically ill patients	4 Public health	4d
Østfold University College	Faculty of Health, Welfare and Organisation	Welfare professions, digitalisation and work	4 Public health	4d
OUS	Division of Cancer Medicine	Department of Cancer Genetics	2 Molecular Biology	2c
OUS	Division of Cancer Medicine	Department of Cancer Immunology	2 Molecular Biology	2b
OUS	Division of Cancer medicine	Department of Haematology	3a Clinical research	3a-2
OUS	Division of Cancer Medicine	Department of Molecular Cell Biology	2 Molecular Biology	2b
OUS	Division of Cancer Medicine	Department of Molecular Oncology	2 Molecular Biology	2c
OUS	Division of Cancer medicine	Department of Oncology, medical physics and of gynecological oncology	3a Clinical research	3a-2
OUS	Division of Cancer Medicine	Department of Radiation Biology	2 Molecular Biology	2c
OUS	Division of Cancer Medicine	Department of Tumor Biology	2 Molecular Biology	2c
OUS	Division of Cancer medicine	Institute for cancer genetics and informatics	3a Clinical research	3a-2
OUS	Division of Cardiovascular and pulmonary diseases	Dept of Cardiology	3b Clinical research	3b-2
OUS	Division of Cardiovascular and pulmonary diseases	IEMR	3b Clinical research	3b-2
OUS	Division of Cardiovascular and pulmonary diseases	Institute for Surgical Research	3b Clinical research	3b-2

OUS	Division of Cardiovascular and pulmonary diseases	TKA	3b Clinical research	3b-2
OUS	Division of Clinical Neuroscience	DivNeuroscience	3b Clinical research	3b-1
OUS	Division of Emergency and Critical Care	DECC	3b Clinical research	3b-1
OUS	Division of Gynaecology and Obstetrics	MatFetInt	3a Clinical research	3a-1
OUS	Division of Gynaecology and Obstetrics	NorWH	3a Clinical research	3a-1
OUS	Division of Gynaecology and Obstetrics	ResCOG- FFK	3a Clinical research	3a-1
OUS	Division of head, neck and reconstructive surgery (HHA)	Department of Ophthalmology	3a Clinical research	3a-1
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of Forensic Sciences	1 Physiology	1b
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of Immunology	2 Molecular Biology	2a
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of Medical Biochemistry	2 Molecular Biology	2b
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of Medical Genetics	2 Molecular Biology	2c
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of Microbiology	2 Molecular Biology	2a
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of Pathology	2 Molecular Biology	2b
OUS	Division of Laboratory Medicine	Department of pharmacology	1 Physiology	1b
OUS	Division of Medicine	Department of digital health research	4 Public health	4d
OUS	Division of Medicine	Dept Endocrinology	3b Clinical research	3b-2
OUS	Division of Medicine	Dept. of infectious diseases	3b Clinical research	3b-3
OUS	Division of Medicine	MED_GER	3b Clinical research	3b-1
OUS	Division of Medicine	Oslo renal research group & acute medicine research group	3b Clinical research	3b-2

OUS	Division of Medicine	Oslo-CCHR	3b Clinical research	3b-2
OUS	Division of Medicine	Research group for gastroenterology	3b Clinical research	3b-3
OUS	Division of Medicine	The research group for experimental and clinical respiratory medicine	3b Clinical research	3b-2
OUS	Division of Mental Health and Addiction	Child and Adolescent Mental Health Services	5 Psychology	5a
OUS	Division of Mental Health and Addiction	Eating Disorders Research Group	5 Psychology	5a
OUS	Division of Mental Health and Addiction	National Centre for Suicide Research and Prevention	5 Psychology	5b
OUS	Division of Mental Health and Addiction	Norwegian Centre for Mental Disorders Research	5 Psychology	5a
OUS	Division of Mental Health and Addiction	Personality Psychiatry	5 Psychology	5a
OUS	Division of Mental Health and Addiction	Psychotherapy	5 Psychology	5a
OUS	Division of Mental Health and Addiction	Section for clinical addiction research	5 Psychology	5a
OUS	Division of Mental Health and Addiction	SERAF	5 Psychology	5a
OUS	Division of Paediatric and Adolescent Medicine	Division of Paediatric and Adolescent Medicine	3a Clinical research	3a-1
OUS	Division of Preshospital Services	Prehospital Research Grup	3b Clinical research	3b-1
OUS	Division of Radiology and nuclear medicine	Division of Radiology and Nuclear Medicine	3a Clinical research	3a-2
OUS	Division of Surgery, Inflammatory Diseases and Transplantation	Translational Research Group	2 Molecular Biology	2c
OUS	Division of Surgery, Inflammatory Diseases and Transplantation	Surgial research group	3b Clinical research	3b-3
OUS	Division of Surgery, Inflammatory Diseases and Transplantation	Transplantation medicine	3b Clinical research	3b-2

OUS	Division of technology and Innovation	The intervention centre	3a Clinical research	3a-2
RBUP Eastern and Southern Norway	RBUP Eastern and Southern Norway	RBUP Eastern and Southern Norway	4 Public health	4d
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	BRAC	1 Physiology	1b
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	CAG-IBD	3b Clinical research	3b-3
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	CAG-Multiple myeloma center	3a Clinical research	3a-2
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	Centre for obesity research and innovation	3b Clinical research	3b-2
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	NorHEAD	3b Clinical research	3b-1
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	Research group for Occupational Medicine	4 Public health	4f
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	Trondheim sleep and chronobiology research group	5 Psychology	5a
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	Warning Signs and treatment of acute suicide risk in psychiatric crises	5 Psychology	5a
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	Children's and Women's health	3a Clinical research	3a-1
STAMI	STAMI	STAMI	4 Public health	4f
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	Breast Cancer Research Group	3a Clinical research	3a-2
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	Cardiology research group	3b Clinical research	3b-2
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	Centre for Alcohol and Drug Research	5 Psychology	5b
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	Clinical Immunology	3b Clinical research	3b-1
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	NCMD	3b Clinical research	3b-1
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	Nursing and Health care	4 Public health	4d

Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	SAFER Births - Forskningsgruppe for simulering	4 Public health	4d
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	SESAM	5 Psychology	5a
Stavanger University Hospital	Stavanger University Hospital	TIPS	5 Psychology	5a
SunnaasRehabilitation Hospital	Department of Research	Department of Research	3b Clinical research	3b-1
UiA	Faculty of Health and Sport Sciences	Centre for e-health	4 Public health	4a
UiA	Faculty of Health and Sport Sciences	Health and Quality of life in a family perspective	4 Public health	4a
UiA	Faculty of Health and Sport Sciences	Physical activity and Health across the LifeSpan	4 Public health	4b
UiA	Faculty of Health and Sport Sciences	Priority Research Centre for Lifecourse Nutrition	4 Public health	4a
UiB	Department of Biomedicine	Basic and Translational Neuroscience	1 Physiology	1b
UiB	Department of Biomedicine	Cardiovaskular research	1 Physiology	1a
UiB	Department of Biomedicine	Metabolism and Cancer Unit	2 Molecular Biology	2c
UiB	Department of Biomedicine	Structural biology and drug discovery	2 Molecular Biology	2b
UiB	Department of Biomedicine	Systems Biology and Translational Cell Signaling	2 Molecular Biology	2c
UiB	Department of Biomedicine	Translational Cancer Research	2 Molecular Biology	2c
UiB	Department of Clinical Science I	Bergen Multiple Sclerosis Research Group	3b Clinical research	3b-1
UiB	Department of Clinical Science I	Centre for Cancer Biomarkers	3a Clinical research	3a-2
UiB	Department of Clinical Science I	DECODE-PD	3b Clinical research	3b-1
UiB	Department of Clinical Science I	Renal research group	3b Clinical research	3b-2
UiB	Department of Clinical Science I	Section of Nutrition	4 Public health	4b

UiB	Department of Clinical Science II	Research group for infection and microbiology	3b Clinical research	3b-3
UiB	Department of Clinical Science II	Bergen respiratory research group	3b Clinical research	3b-2
UiB	Department of Clinical Science II	Broegelmann Research Laboratory	3b Clinical research	3b-3
UiB	Department of Clinical Science II	Centre for pharmacy	1 Physiology	1b
UiB	Department of Clinical Science II	Mohn Center for diabetes precision medicine	3b Clinical research	3b-2
UiB	Department of Clinical Science II	Oncology	3a-Clinical research	3a-2
UiB	Department of Clinical Science II	Paediatric Follow-up Group	3a Clinical research	3a-1
UiB	Department of Clinical Science II	Precision Oncology	3a Clinical research	3a-2
UiB	Department of Clinical Science II	TOR	1 Physiology	1a
UiB	Department of Global Public Health and Primary Care	BCEPS	4 Public health	4c
UiB	Department of Global Public Health and Primary Care	Centre for international health	4 Public health	4f
UiB	Department of Global Public Health and Primary Care	Section for general practice	4 Public health	4f
UiB	Department of Global Public Health and Primary Care	Section for epidemiology and medical statistics	4 Public health	4e
UiB	Faculty of Dentistry	Centre of Translational Oral Research (TOR)	1 Physiology	1a
UiB	Faculty of Psychology	Addiction Research Group	4 Public health	4a
UiB	Faculty of Psychology	Bergen Bullying Research Group	4 Public health	4f
UiB	Faculty of Psychology	Bergen fMRI-group	5 Psychology	5a
UiB	Faculty of Psychology	Bergen sleep and chronobiology network	4 Public health	4f
UiB	Faculty of Psychology	DICE	5 Psychology	5b

UiB	Faculty of Psychology	Grief, Trauma and Serious somatic illness	4 Public health	4c
UiB	Faculty of Psychology	Operational psychology research group	4 Public health	4f
UiB	Faculty of Psychology	Public mental Health	4 Public health	4a
UiB	Faculty of Psychology	Research Group for Clinical Psychology	5 Psychology	5a
UiB	Faculty of Psychology	Social Influence Processes on Adolescent Health	4 Public health	4a
UiB	Faculty of Psychology	Society and Workplace Diversity group	4 Public health	4a
UiO	Department of Pharmacy	Medicinal Chemistry	1 Physiology	1b
UiO	Department of Pharmacy	Pharmaceutical Analytical Chemistry	1 Physiology	1b
UiO	Department of Pharmacy	Pharmaceutical microbiology and immunity	2 Molecular Biology	2a
UiO	Department of Pharmacy	Pharmaceutics	1 Physiology	1b
UiO	Department of Pharmacy	Pharmacognosi	1 Physiology	1b
UiO	Department of Pharmacy	Pharmacology	1 Physiology	1a
UiO	Department of Pharmacy	PharmaSafe - PharmacoEpidemiology & Drug Safety research group	4 Public health	4e
UiO	Department of Psychology	Centre for Lifespan Changes in Brain and Cognition	5 Psychology	5a
UiO	Department of Psychology	Clinical Psychology	5 Psychology	5a
UiO	Department of Psychology	Cognitive and Clinical Neuroscience	5 Psychology	5a
UiO	Department of Psychology	HUP	5 Psychology	5b
UiO	Department of Psychology	MAKS	5 Psychology	5b
UiO	Department of Psychology	PROMENTA	5 Psychology	5b

UiO	Faculty of Dentistry	Biomat	1 Physiology	1a
UiO	Faculty of Dentistry	Oral physiology and cancer research group	1 Physiology	1a
UiO	Faculty of dentistry	Understanding salivary gland function	3a Clinical research	3a-1
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Cardiovascular physiology	1 Physiology	1a
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Chromatin biology	2 Molecular Biology	2b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Clinical Nutrition	3b Clinical research	3b-2
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Department of Behavioural Medicine	4 Public health	4f
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Hybrid Technology Hub Centre of Excellence	2 Molecular Biology	2b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Immunobiology	2 Molecular Biology	2b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Membrane dynamics	2 Molecular Biology	2b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Molecular Nutrition	2 Molecular Biology	2b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Neuroanatomy	1 Physiology	1b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Neurophysiology	1 Physiology	1b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Nutritional epidemiology	4 Public health	4b
UiO	Institute of Basic Medical Sciences	Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology	4 Public health	4e
UiO	Institute of Health and Society	Centre for Medical Ethics	4 Public health	4c
UiO	Institute of Health and Society	Department for Interdisciplinary Health Sciences	4 Public health	4a
UiO	Institute of Health and Society	Department of Community Medicine and Global Health	4 Public health	4f
UiO	Institute of Health and Society	Department of General Practice	4 Public health	4f

UiO	Institute of Health and Society	Department of Health Management and Health Economics	4 Public health	4c
UiO	Institute of Health and Society	Department of Public Health Science	4 Public health	4f
UiO	NCMM	NCMM	2 Molecular Biology	2b
UiS	Faculty of Health Sciences	Centre for Resilience in Health Care	4 Public health	4c
UiS	Faculty of Health Sciences	Health promotion and innovative approaches for sustainable health services	4 Public health	4a
UiS	Faculty of Health Sciences	Life Phenomena and Caring	4 Public health	4f
UiS	Faculty of Health Sciences	Participation in school, working life and treatment	4 Public health	4f
UiS	Faculty of Health Sciences	Professional relations in health and welfare	4 Public health	4f
UiT	Department of clinical dentistry	Oral health research group	3a Clinical research	3a-1
UiT	Department of Clinical Medicine	Brain and Circulation Research Group	3b Clinical research	3b-1
UiT	Department of Clinical Medicine	Cardiovascular research group, clinical	3b Clinical research	3b-2
UiT	Department of Clinical Medicine	Psychiatry Research Group	5 Psychology	5a
UiT	Department of Clinical medicine	Research group for child and adolescent health	3a Clinical research	3a-1
UiT	Department of Clinical Medicine	Thrombosis Research Group	3b Clinical research	3b-2
UiT	Department of Community Medicine	Epidemiology of Chronic disease	4 Public health	4e
UiT	Department of Community Medicine	Health Services Research	4 Public health	4c
UiT	Department of Community Medicine	System Epidemiology	4 Public health	4c
UiT	Department of Health and Care Sciences	Centre for Care research North	4 Public health	4c

UiT	Department of Health and Care Sciences	Healthcare Professional Practice	4 Public health	4d
UiT	Department of Health and Care Sciences	Public Health and Rehabilitation	4 Public health	4f
UiT	Department of Health and Care Sciences	Research group for health and professional education	4 Public health	4f
UiT	Department of Health and Care Sciences	Rural and Remote Nursing and Healthcare in Arctic and North-Sàmi Area	4 Public health	4d
UiT	Department of Health and Care Sciences	Life and courage and life promotion phenomena	4 Public health	4a
UiT	Department of Medical Biology	Autophagy Research Group	2 Molecular Biology	2b
UiT	Department of Medical Biology	Cardiovascular Research Group	1 Physiology	1a
UiT	Department of Medical Biology	Centre for Forensic Genetics	2 Molecular Biology	2a
UiT	Department of Medical Biology	Host-Microbe Interaction	2 Molecular Biology	2a
UiT	Department of Medical Biology	Immunology Research Group	2 Molecular Biology	2b
UiT	Department of Medical Biology	Pharmacology and Toxicology	2 Molecular Biology	2b
UiT	Department of Medical Biology	RNA and Molecular Pathology	2 Molecular Biology	2c
UiT	Department of Medical Biology	Translational Cancer Research Group	2 Molecular Biology	2c
UiT	Department of Medical Biology	Tumor Biology Research Group	2 Molecular Biology	2c
UiT	Department of Medical Biology	Vascular Biology Research Group	1 Physiology	1a
UiT	Department of Pharmacy	Cell Signalling and Targeted Therapy	2 Molecular Biology	2b
UiT	Department of Pharmacy	Drug Transport and Delivery	1 Physiology	1b
UiT	Department of Pharmacy	Identification and prevention of suboptimal medicine use	4 Public health	4e

UiT	Department of Pharmacy	MicroPop-Microbial Pharmacology and Population Biology	2 Molecular Biology	2a
UiT	Department of Pharmacy	Natural products and medicinal chemistry	1 Physiology	1b
UiT	Department of Psychology	Behavioral and Translational Neuroscience	1 Physiology	1b
UiT	Department of Psychology	Behavioral, aging and dementia	5 Psychology	5a
UiT	Department of Psychology	Clinical Psychology	5 Psychology	5a
UiT	Department of Psychology	Cognitive neuroscience	5 Psychology	5a
UiT	Department of Psychology	EPIC	5 Psychology	5b
UiT	Department of Psychology	Health psychology	5 Psychology	5b
UiT	Department of Psychology	Human factors in high risk environments CARE	5 Psychology	5b
UiT	Department of Psychology	Social Psychology	5 Psychology	5b
UiT	Department of Social Education	The Artic Centre for Welfare and Disability Research	4 Public health	4f
UiT	Institute of Clinical Medicine (ICM) and Institute of medical biology (IMB)	Translational Cancer Research Group	3a Clinical research	3a-2
UiT	Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare	Evidence-Based Practice	5 Psychology	5b
UiT	Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare	Preventive and health promoting interventions	5 Psychology	5b
UiT	School of Sport Sciences	School of Sport Sciences	4 Public health	4b
UiT	Department of Health and Care Sciences	Life courage and life promoting phenomena	4 Public health	4a

Western Norway University of Applied Sciences	Faculty of Health and Social Sciences	Comparative Services Research	4 Public health	4c
Western Norway University of Applied Sciences	Faculty of Health and Social Sciences	DiaBEST	4 Public health	4c
Western Norway University of Applied Sciences	Faculty of Health and Social Sciences	Mental health and substance buse	4 Public health	4a
Western Norway University of Applied Sciences	Faculty of Health and Social Sciences	Personlised health services	4 Public health	4d

Scales for research group assessment

Use whole integers only – no fractions!

Organisational dimension

Score	Organisational environment
5	An organisational environment that is outstanding for supporting the production of excellent research.
4	An organisational environment that is very strong for supporting the production of excellent research.
3	An organisational environment that is adequate for supporting the production of excellent research.
2	An organisational environment that is modest for supporting the production of excellent research.
1	An organisational environment that is not supportive for the production of excellent research.

Quality dimension

The quality dimension consists of two judgements: 1) Research and publication quality, and 2) Research group's contribution. The first judgement is defined as follows:

Score	Research and publication quality	Supporting explanation
5	Quality that is outstanding in terms of originality, significance, and rigour.	The quality of the research is world leading in terms of quality, and is comparable to the best work internationally in the same area of research. The publications submitted provide evidence that the work of the group meets the highest international standards in terms of originality, significance, and rigour. Work at this level should be a key international reference in its area.
4	Quality that is internationally excellent in terms of originality, significance and rigour but which falls short of the highest standards of excellence.	The quality of the research is internationally excellent. The research is clearly of an international standard, with a very good level of quality in terms of originality, significance, and rigour. Work at this level can arouse significant interest in the international academic community, and international journals with the most rigorous standards of publication (irrespective of the place or language of publication) could publish work of this level.
3	Quality that is recognised internationally in terms of originality, significance and rigour.	The quality of the research is sufficient to achieve some international recognition. It would be perceived nationally as strong and may occasionally reach an internationally recognised level in terms of originality, significance and rigour. Internationally recognised journals could publish some work of this level.
2	Quality that meets the published definition of research for the purposes of this assessment.	The international academic community would deem the research to be nationally acceptable, but below world standards. Legitimate nationally recognised peer-reviewed journals could publish work of this level.
1	Quality that falls below the published definition of research for the purposes of this assessment ¹ .	The quality of the research is well below international level, and is unpublishable in legitimate peer-reviewed research journals.

¹ A publication has to meet all of the criteria below:

Societal impact dimension

The societal impact dimension is also composed of two judgements, defined as presented in the table below.

Score	Research group's societal contribution, taking into consideration the resources available to the group	Score	User involvement
5	The group has contributed extensively to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally.	5	Societal partner involvement is outstanding – partners have had an important role in all parts of the research process, from problem formulation to the publication and/or process or product innovation.
4	The group's contribution to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally is very considerable given what is expected from groups in the same research field.	4	Societal partners have very considerable involvement in all parts of the research process, from problem formulation to the publication and/or process or product innovation.
3	The group's contribution to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally is on par with what is expected from groups in the same research field.	3	Societal partners have considerable involvement in the research process, from problem formulation to the publication and/or process or product innovation.
2	The group's contribution to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally is modest given what is expected from groups in the same research field.	2	Societal partners have a modest part in the research process, from problem formulation to the publication and/or process or product innovation.
1	There is little documentation of contributions from the group to economic, societal and/or cultural development in Norway and/or internationally.	1	There is little documentation of societal partners' participation in the research process, from problem formulation to the publication and/or process or product innovation.

Panel group	Description	Panel number
Panel group 1 PHYSIOLOGY Physiology-related Disciplines (human physiology), including corresponding translational research	Anatomy, physiology, neurobiology, toxicology, pharmacology, embryology, nutritional physiology, pathology, basic odontological research	Panel 1a Panel 1b
Panel group 2 MOLECULAR BIOLOGY including corresponding translational research	Microbiology, immunology, cell biology, biochemistry, molecular biology, genetics, genomics, biotechnology including bioinformatics	Panel 2a Panel 2b Panel 2c
Panel group 3a CLINICAL RESEARCH	All surgery, anaesthesiology, oncology, physical medicine and rehabilitation, gynaecology, paediatrics, dermatology and venereology, ophthalmology, otolaryngology and all clinical odontology	Panel 3a_1 Panel 3b_2
Panel group 3b CLINICAL RESEARCH	All internal medicine (cardiology, nephrology/urology, gastroenterology, endocrinology, haematology, infectious diseases, respiratory tract diseases, geriatric medicine), neurology, rheumatology, radiology and medical imaging and other clinical medical disciplines	Panel 3b_1 Panel 3b_2
Panel group 4 PUBLIC HEALTH Public Health and Health- related Research	Public health, community dentistry and community nutrition. Epidemiology and medical statistics. Health services research, preventive medicine, nursing research, physiotherapy, professional research, occupational medicine, behavioral research and ethics, other health-related research	Panel 4a Panel 4b Panel 4c Panel 4d Panel 4e Panel 4f
Panel group 5 PSYCHOLOGY Psychology and Psychiatry	Clinical psychology, social-, community- and workplace psychology, organizational psychology, personality psychology, developmental psychology, cognitive psychology, biological psychology and forensic psychology. Psychiatry, including geriatric psychiatry, child and adolescent psychiatry, biological psychiatry, and forensic psychiatry	Panel 5a Panel 5b

Norges forskningsråd

Besøksadresse: Drammensveien 288
Postboks 564
1327 Lysaker

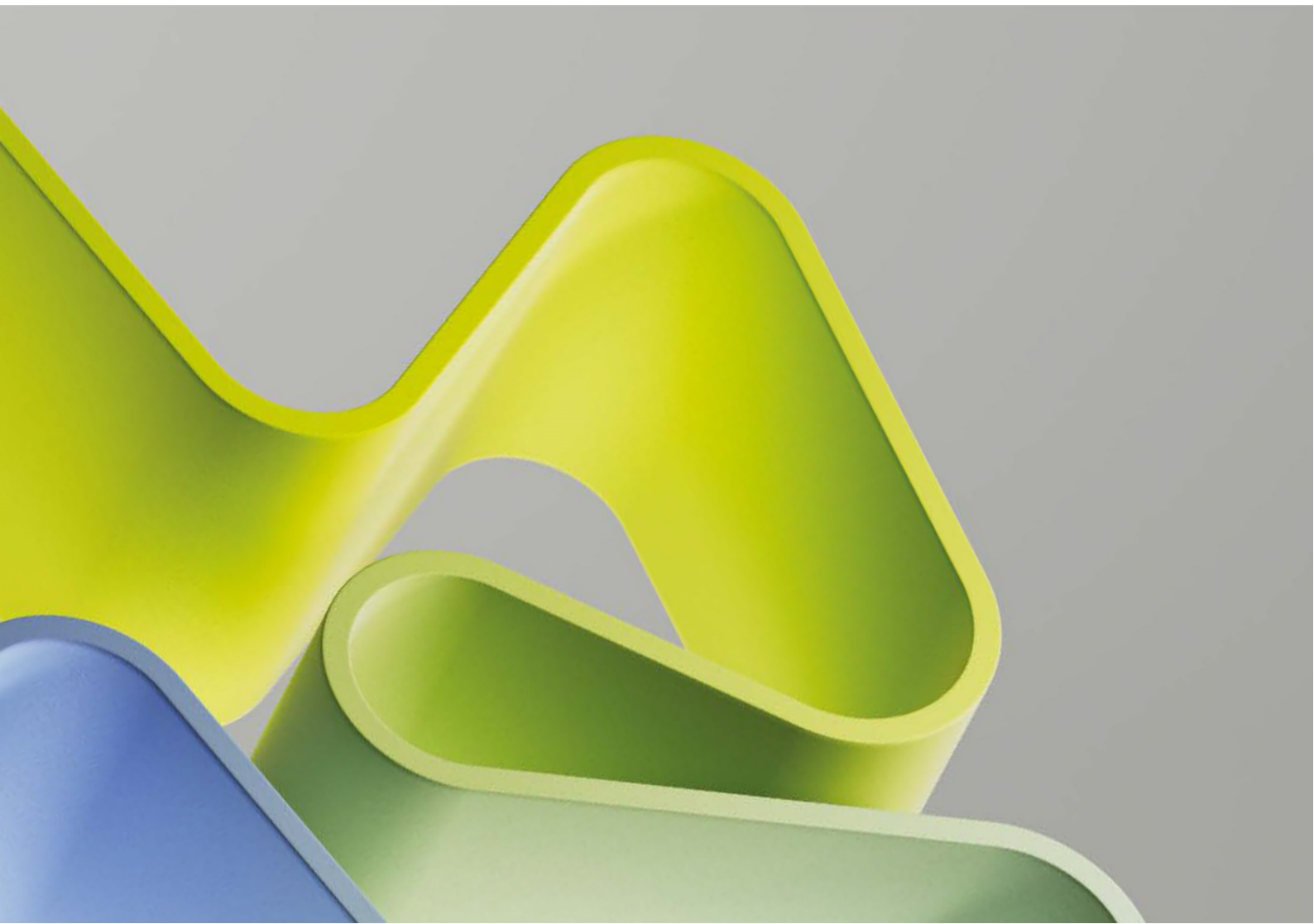
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01

post@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no

Publikasjonen kan lastes ned fra
www.forskningsradet.no/publikasjoner

Design: [design]
Foto/ill. omslagsside: [fotokreditt]

ISBN 978-82-12-04117-2 (pdf)



UiB - Det medisinske fakultet

Innrapportering for 2024



Virksomheten sertifiseres etter følgende kriterier:

Felleskriterier, privat og statlig, Laboratorier, Tannlegekontor

Sertifikat 🌟

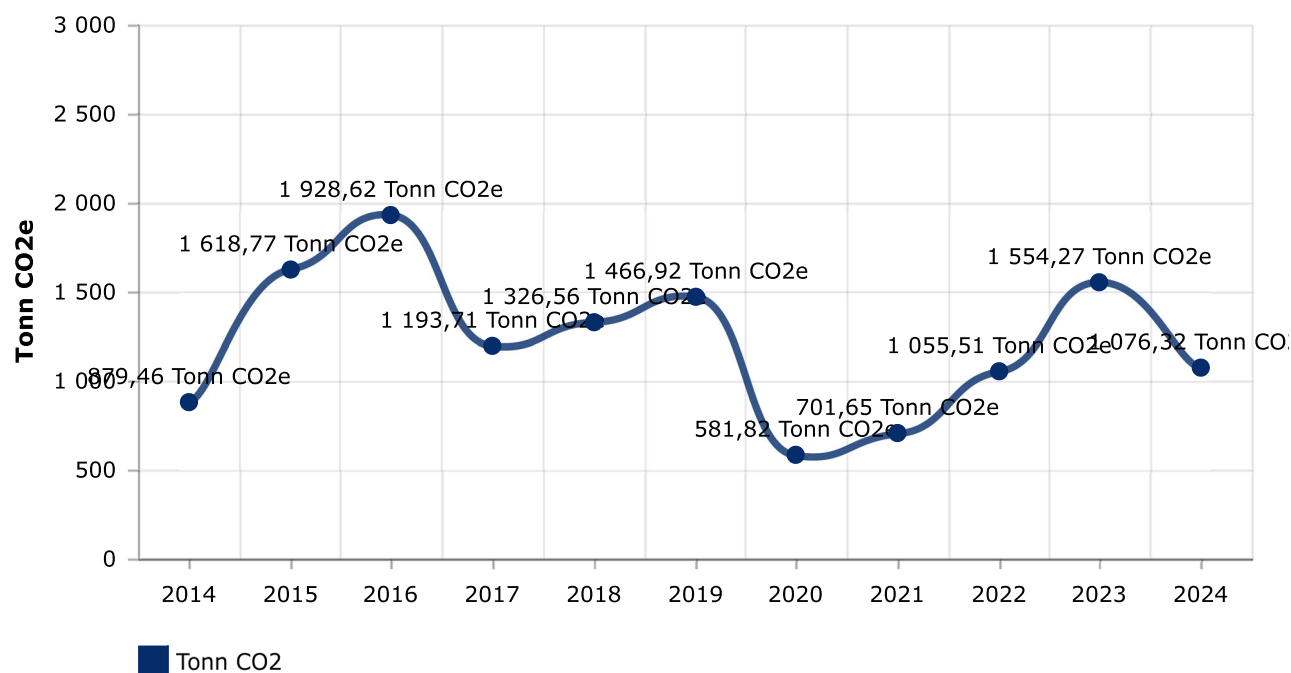
Type: 3-årig

Utstedt: 09 mar., 2023

Utløper: 09 mar., 2026

Klimagassutslipp fra scope 1, 2 og 3

↓ -30% fra 2023

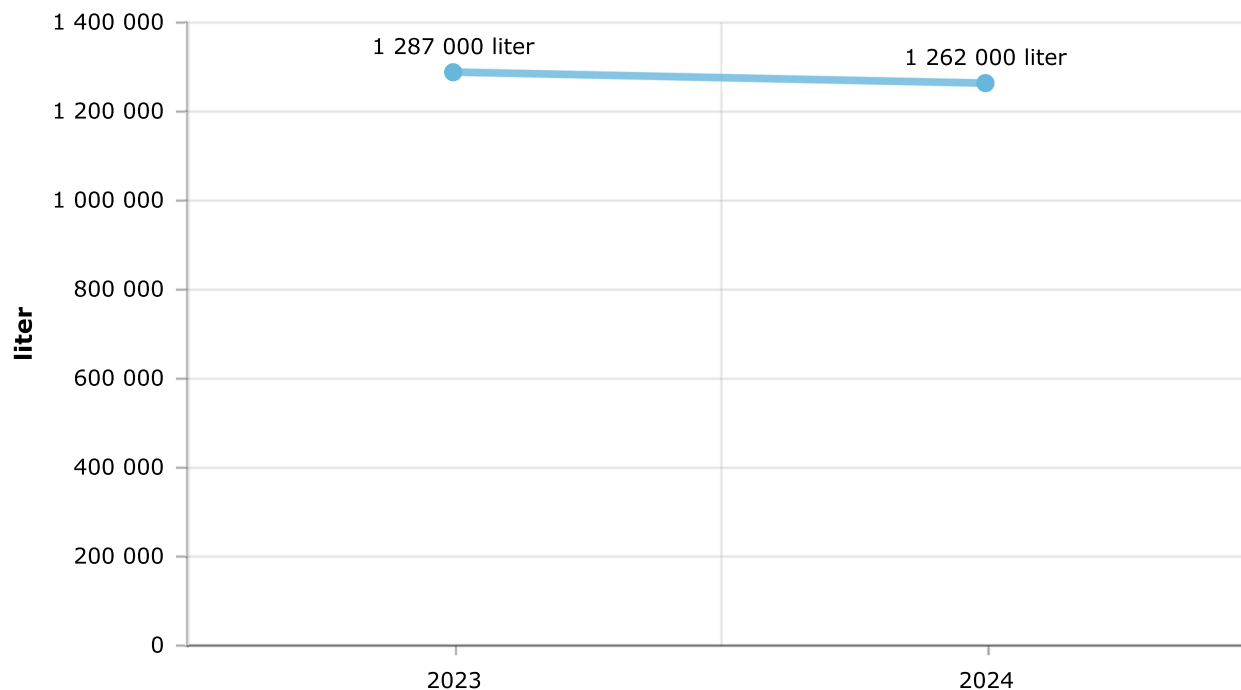


I dette diagrammet er klimagassutslippet for elektrisitet beregnet etter lokasjonsbasert metode. Diagrammet viser utslipp av fossilt CO2 og sterke klimagasser, men inkluderer ikke biogent CO2.

Vann

Vannforbruk

↓ -1% fra 2023



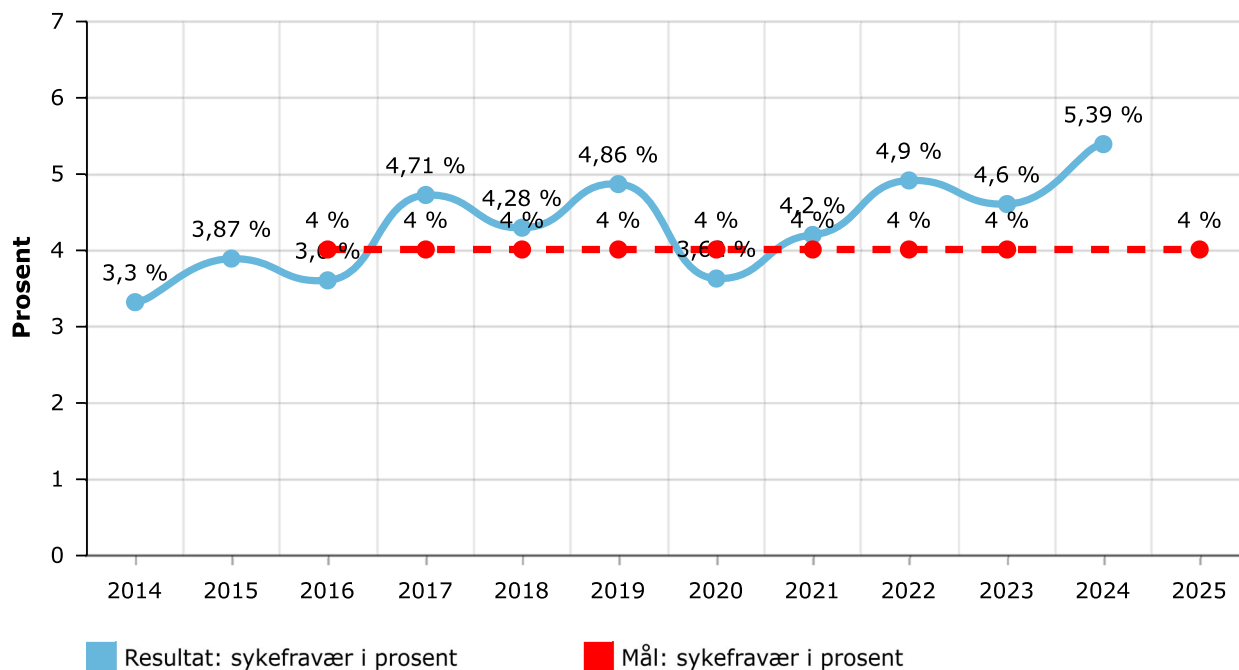
Gjennomførte tiltak og kommentarer til dataene

Vi tar utgangspunkt i bygget der hver enkelt måler er plassert, og fordeler vannforbruk i forhold til hver enhets arealbruk (i %), på samme måte som for forbruk av elektrisitet/fjernvarme.

Ved UiB og fakultetet er det ikke egen rutine for vannbesparende tiltak. I laboratoriene er det ikke egne vannmålere. Noen av byggene (f.eks. Armauer Hansens hus) har servantkraner og vannklosetter med sparefunksjon som hjelper for reduksjon av vannforbruket.

Arbeidsforhold i virksomheten

Sykefravær i prosent



Gjennomførte tiltak og kommentarer til dataene

Sykefraværsprosenten er fra Innsikt (DFØ) og hentes fra HR-seksjonen ved fakultetet.

Spesifikt for Det medisinske fakultet:

Årlige tiltak vedr arbeidsmiljøet er gjennomført. Fakultetet har fungerende HMS-utvalg og aktive verneombud. Det gjennomføres regelmessige vernerunder. Ved Institutt for biomedisin arrangeres teknikerforum ca hver måned, og det samme gjelder vitenskapelige.

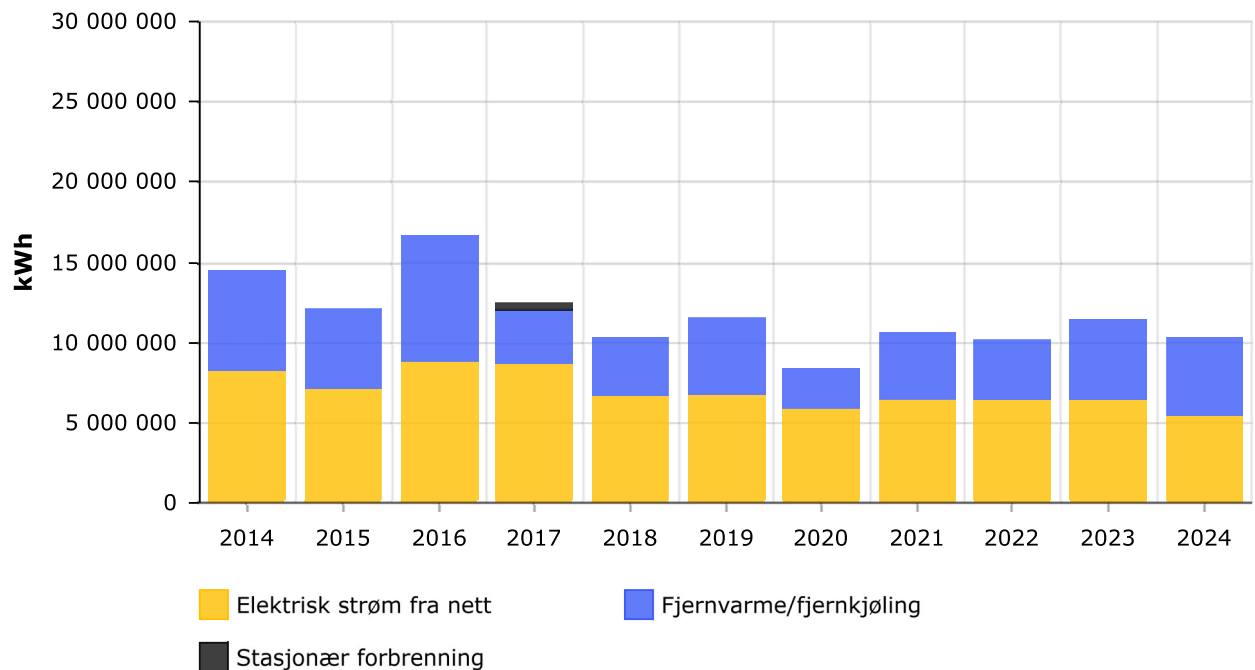
Fakultetets dag ble arrangert i auditoriet i Armauer Hansens hus i april. Administrasjonsdag og Teknikerdag ble gjennomført som heldagsarrangementer i storsalen i Nygårdgaten 5 høsten 2024. Det er også arrangert HMS-dager og Instituttene dager i 2024. Felles digital HMS-dag for Det medisinske fakultet ble arrangert i februar 2024.

Fakultetet delte etter søknadsrunde ut midler til HMS-tiltak ved instituttene i 2024. Fakultetet deler også ut arbeidsmiljøpris.

Verdensdagen for psykisk helse ble markert i oktober med 3 stands i ulike bygg ved fakultetet.

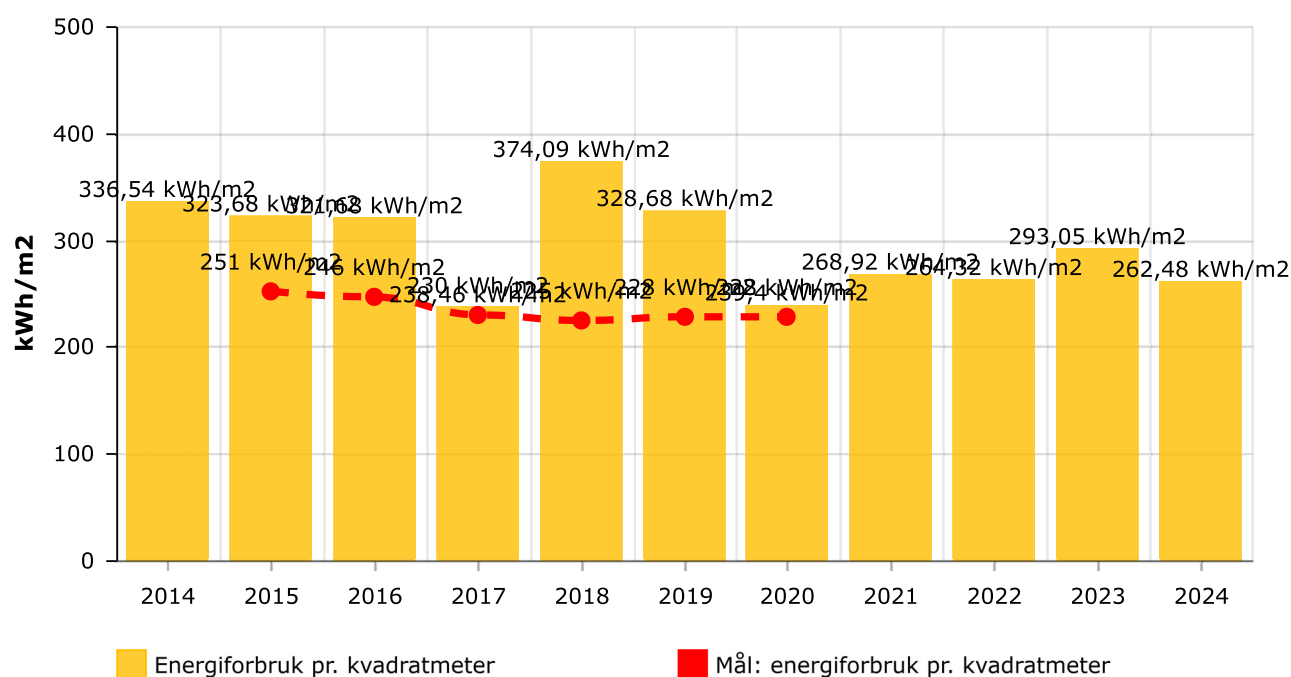
Klimagassutslipp

Energiforbruk

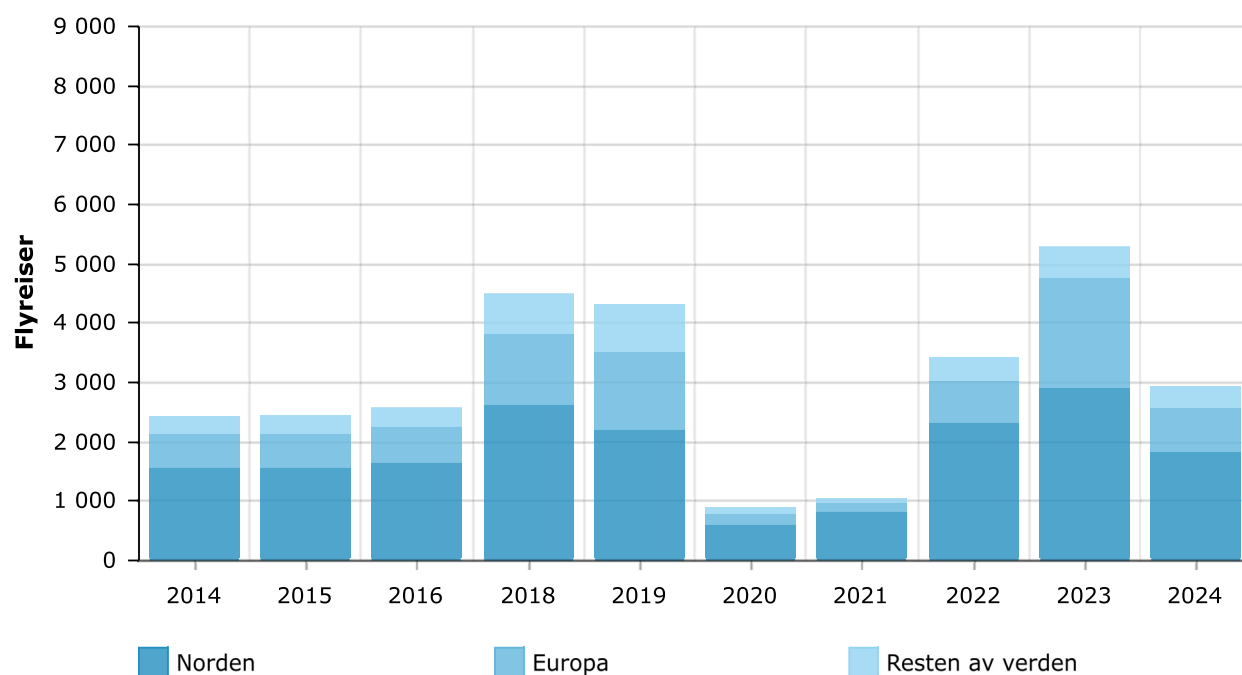


Forbruk av drivstoff rapportert under stasjonær forbrenning er omregnet til kWh med følgende omregningsfaktorer: - Bensin: 9,028 kWh/liter - Diesel: 10,08 kWh/liter - Biobrensel: 4,5 kWh/kg - Fyringsolje: 10,08 kWh/liter - Biofyringsolje: 9,0 kWh/liter - Naturgass (LNG): 13,3 kWh/kg - Biogass: 14 kWh/kg - Propan (LPG): 12,8 kWh/kg Kilde: <https://www.miljodirektoratet.no/ansvarsomrader/klima/for-myndigheter/kutte-utslipp-av-klimagasser/klima-og-energiplanlegging/tabeller-for-omregning-fra-energivarer-til-kwh/>

Energiforbruk pr. kvadratmeter



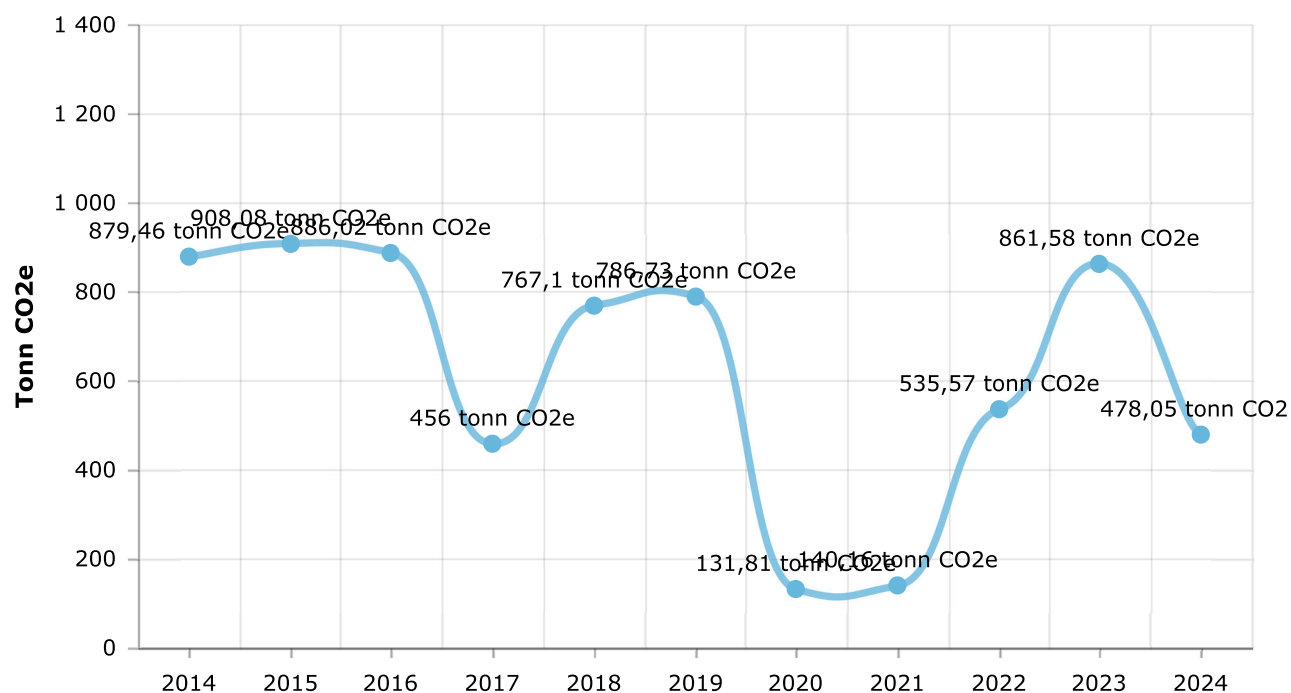
Flyreiser



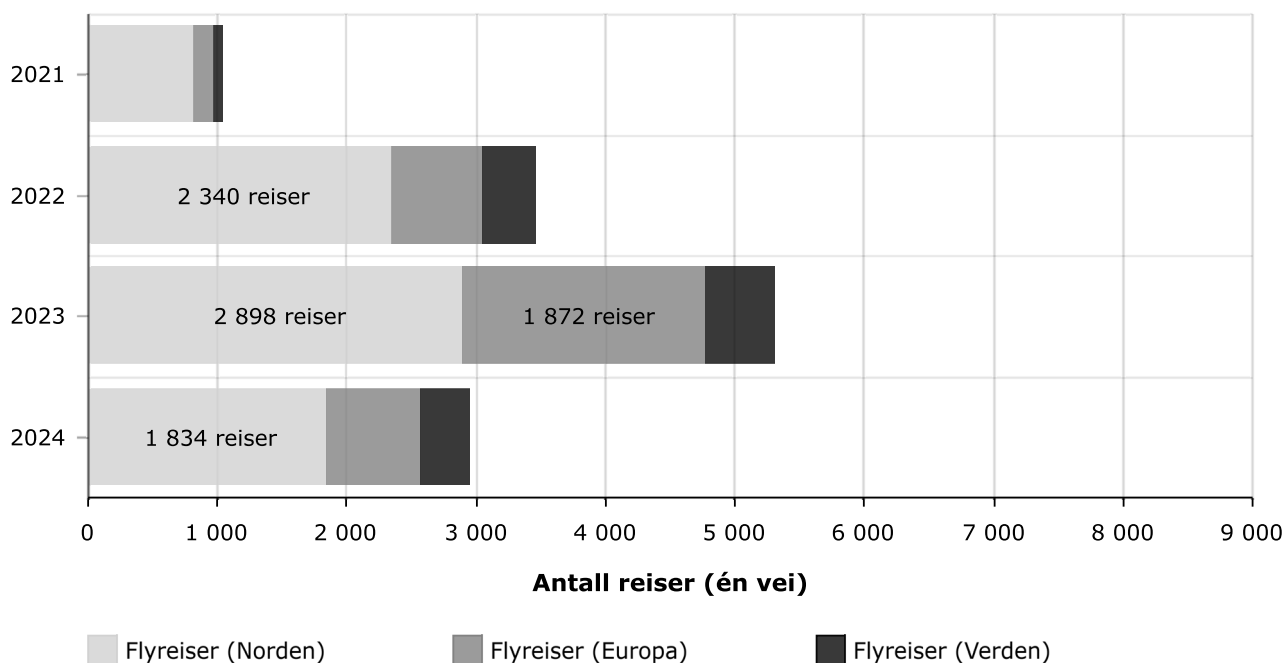
NB! F.o.m. 2021-rapporten regnes 1 flyreise som en reise 1 vei, og tidligere rapporterte reiser blir dermed ganget med 2. Flyreiser rapportert i person-km eller direkte i CO₂-utslipp blir ikke med i denne grafen.

Klimagassutslipp fra flyreiser

↓ -44% fra 2023



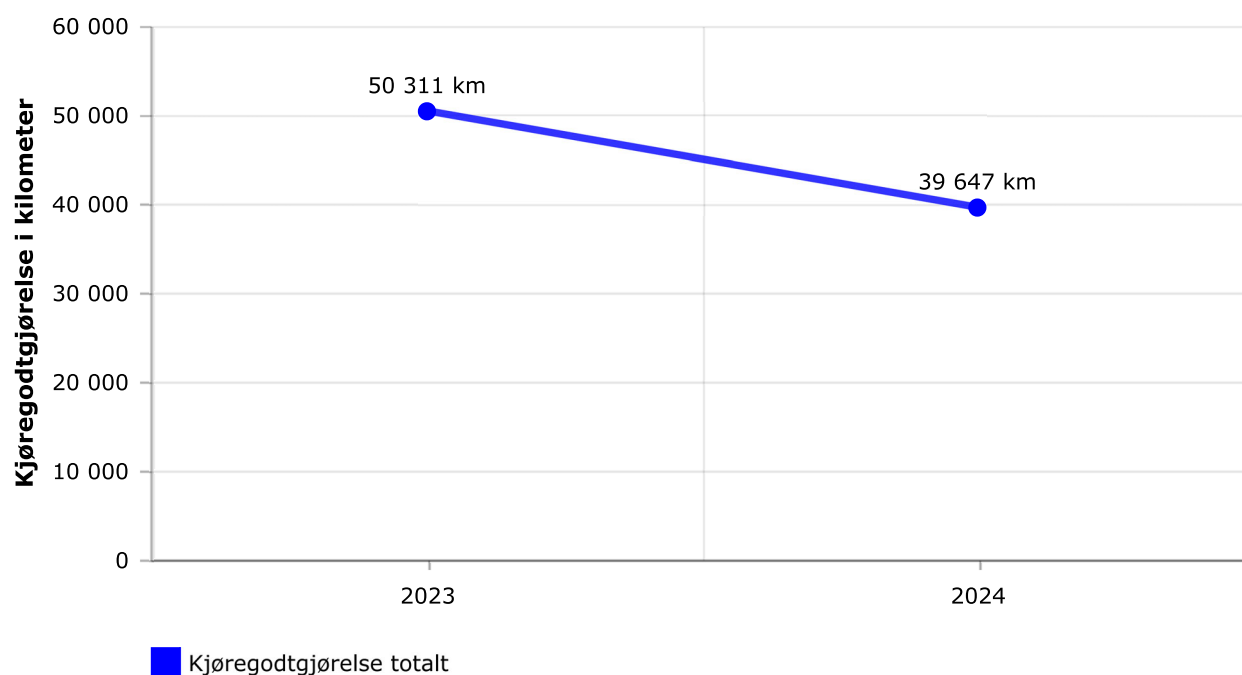
Tjenestereiser



Vi inkluderer flyreiser, togreiser, bussreiser (langdistanse) og hurtigbåt. Taxi og kjøregodtgjørelse vises i egne grafer. Flyreiser rapportert i person-km eller CO2-utslipp inkluderes ikke i grafen.

Kjøregodtgjørelse for tjenestereiser

↓ -21% fra 2023



🗨 Gjennomførte tiltak og kommentarer til dataene

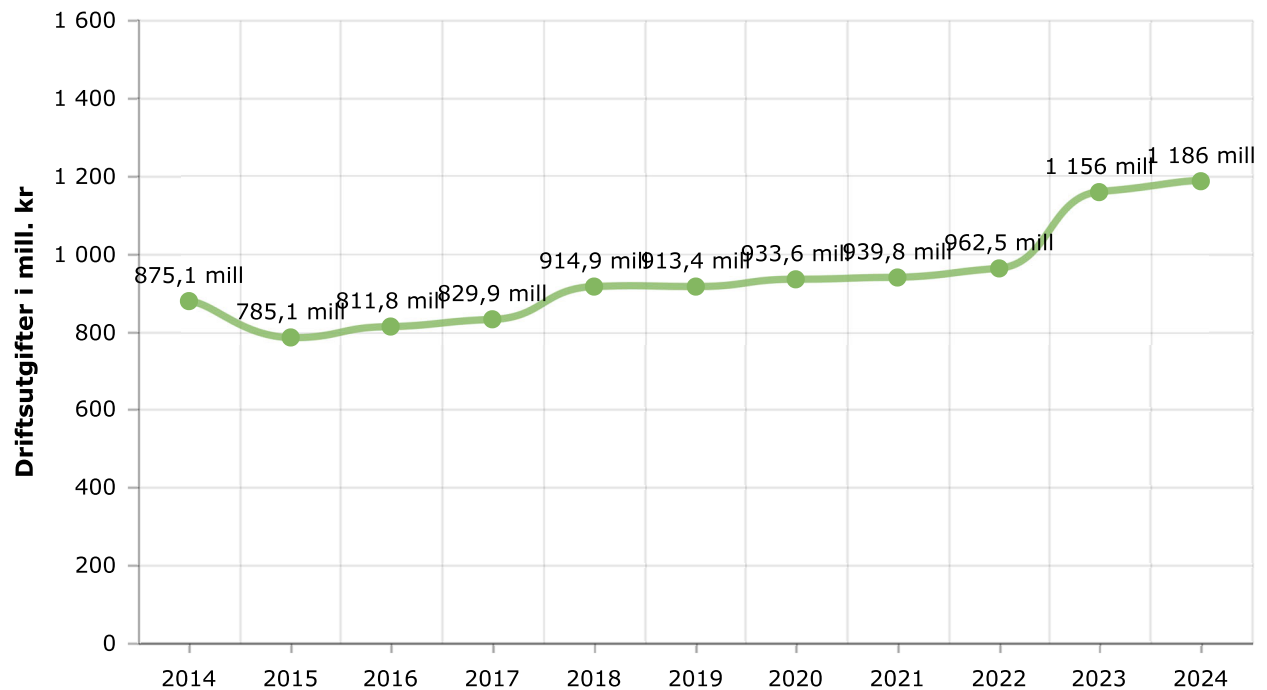
Energibruk er rapportert fra Eiendomsavdelingen på byggnivå og deretter fordelt basert på prosent areal som brukes av hver enhet i hver av bygningene. Antallet kvadratmeter pr enhet blir fra 2022 regnet ut basert på nettoareal, ikke bruttoareal som tidligere, og er derfor forskjellig fra tidligere år. UIB kjøpte opprinnelsesgarantier i 2024. Det ble ikke eksportert varme/elektrisitet til nettet i 2024.

Flyreiser og kjøregodtgjørelse er hentet fra Bluegarden (reiseregningssystemet), og er videre fordelt basert på kostnadssted.

Virksomhedsstyring

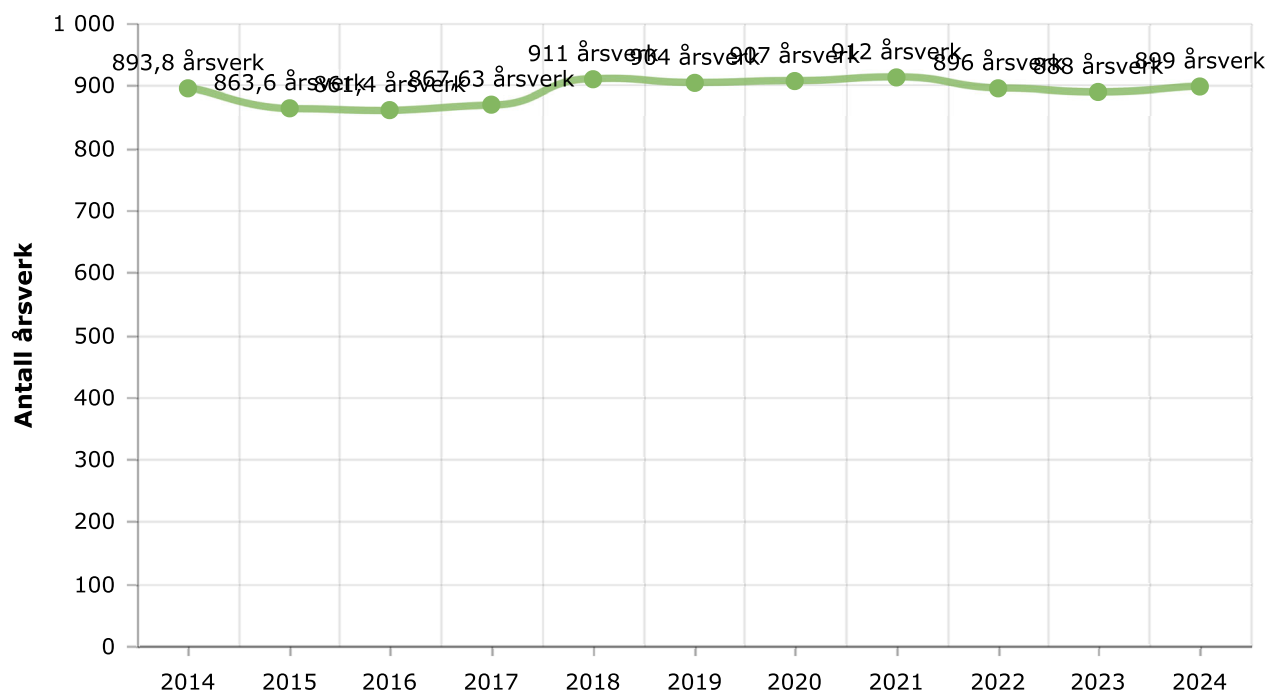
Årlige driftsutgifter (eksklusive afskrivninger)

↑ 2% fra 2023



Antall årsverk for rapporteringsåret

↑ 1% fra 2023



Tallet skal være et gjennomsnitt for året

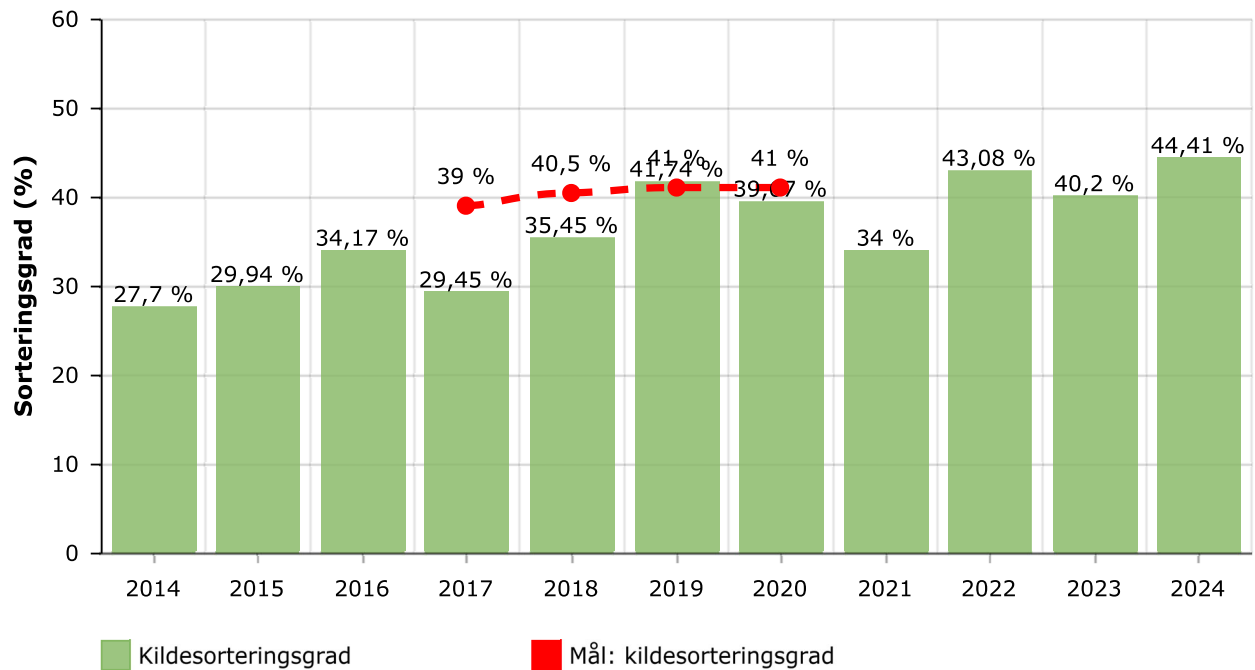
🗨 Gjennomførte tiltak og kommentarer til dataene

Omsetning er rapportert som "Sum driftsutgifter (eks. avskrivninger, inkl. mva)", og rapportert av økonomiseksjonen ved fakultetet. Omsetning innen bidrags- og oppdragsfinansiert virksomhet inngår i beløpet slik at det er fakultetets totale omsetning som er rapportert.

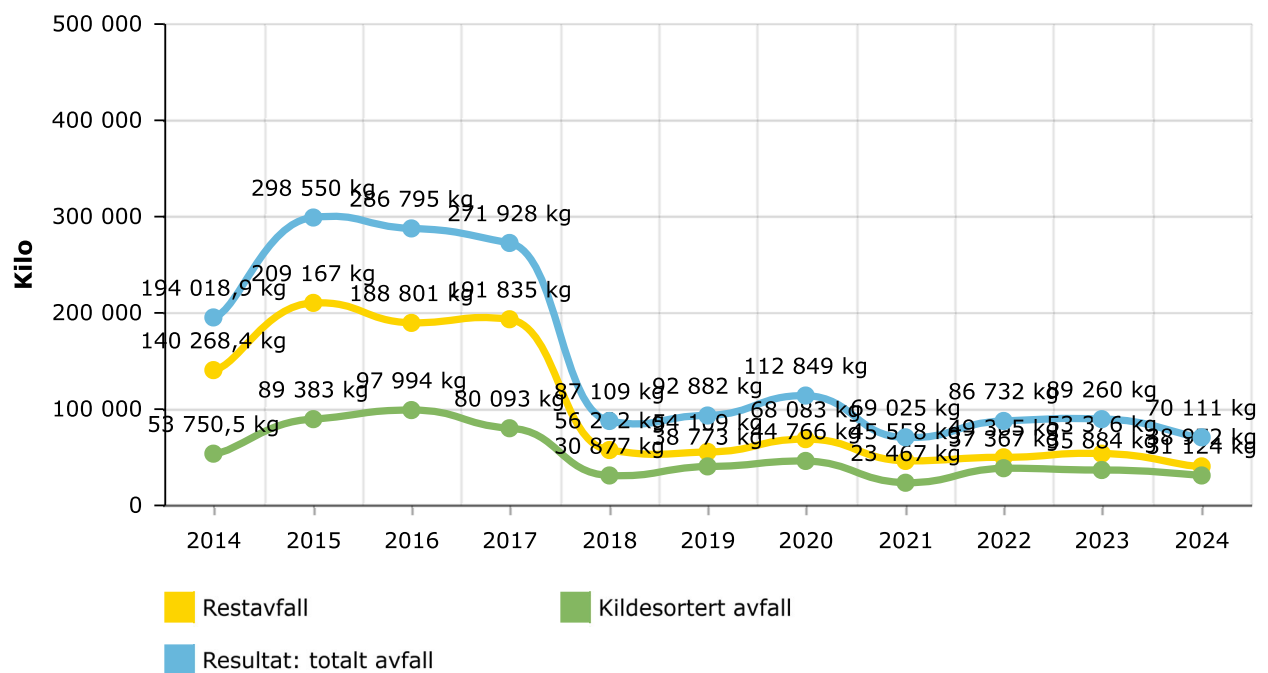
Antall årsverk er hentet fra DBH (database for høyere utdanning).

Ressursbruk og sirkulærøkonomi

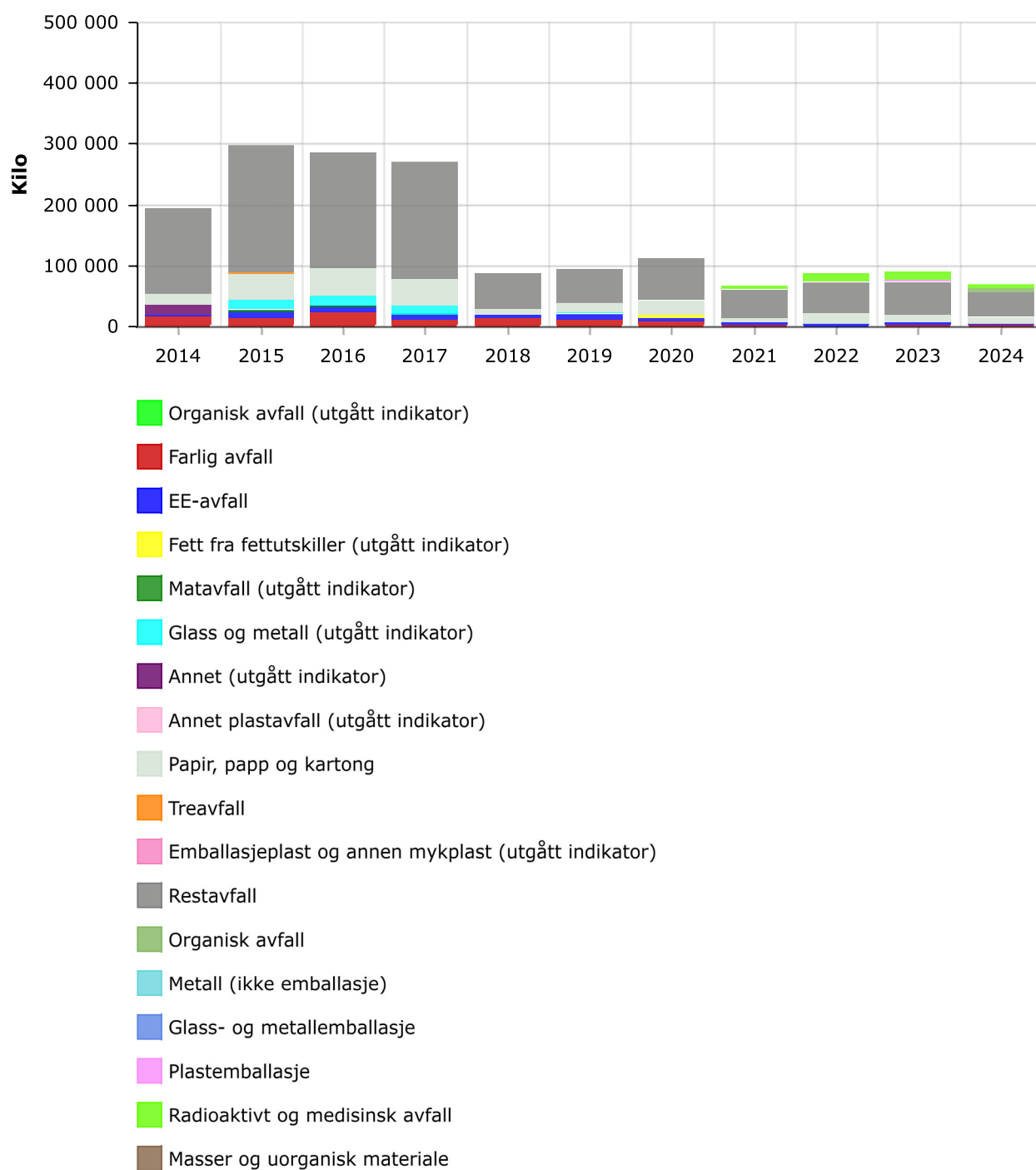
Sorteringsgrad



Totalt avfall



Avfallsmengder per avfallskategori



Gjennomførte tiltak og kommentarer til dataene

Avfall er rapportert pr bygg og fordelt på enheter basert på sin prosentandel av hvert bygg. Tallgrunnlag for BIR blir tilsendt som totale mengder per fraksjon og man har derfor fordelt tallene mellom enhetene ved å anta samme fordeling per fraksjon som i tidligere tallgrunnlag fra Ragn-Sells. Det kan derfor forekomme ulikheter fra tidligere år.

