



**Diakonissehjemmets
Høgskole**



ODDVAR FØRLAND

FORSKNING VED DIAKONALE INSTITUSJONER I NORGE

Fou-rapport Diakonissehjemmets høgskole 1/2006

**Diakonissehjemmets høgskole
Ulriksdal 10
5009 Bergen**

2006

**ISSN 0809-7062
ISBN 82-7928-083-9**

Oddvar Førland
Høgskolelektor
Diakonissehjemmets høgskole
Odfo@haraldsplass.no

FORORD

De diakonale institusjonene driver virksomheter som er avhengig av høy kunnskap og kompetanse. Forskning står sentralt både for å utvikle og legitimere slik kunnskap og kompetanse. Forskning er blitt definert som ”kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap” (NIFU-STEP 2004). For flere av disse institusjonene, sykehusene og høyskolene i særdeleshet, utgjør forskning en sentral del av rammebetingelsene og kravene myndighetene stiller til virksomhetene. Dette gjenspeiler seg blant annet ved at forskningsproduksjon har fått øket betydning for institusjonenes finansiering. Forskningsaktiviteten har også en annen side. Forskning skaper oppmerksomhet. Den er derfor godt egnet til å profilere institusjonene utad. Hvilken profil skaper så forskningen ved de diakonale institusjonene?

Diakoniledermøtet ønsket å gjennomføre en kartlegging av den forskning som i dag drives ved landets diakonale institusjoner. Det vil si de diakonale helseinstitusjonene (inkludert rusinstitusjonene) og de diakonale utdanningsinstitusjonene. Hensikten med kartleggingen var å synliggjøre ovenfor kirken, myndighetene og andre samarbeidspartnere den forskningsinnsats som blir utøvd innenfor disse institusjonene.

Kartleggingen ble gjennomført for Diakoniledermøte av Stiftelsen Bergen Diakonissehjem. Jeg har foretatt analysene fra det innkomne materialet og det følgende er en kort oppsummering av det som framkom fra kartleggingen. Jeg vil takke Herdis Alvsvåg og Olav Helge Angell for nyttige kommentarer til rapporten.

Oddvar Førland

Diakonissehjemmets høyskole, juni 2006.

INNHOOLD

FORORD	4
1. SAMMENDRAG	5
2. METODE OG MATERIALE	6
2. RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAENE	8
Forskningens organisering	8
Forskningens volum, tilknytning og tematikk	8
Stillingsressurser og kompetanse knyttet til prosjektene	10
Forskningens samarbeidspartnere og finansiering	10
Publisering av forskningen	11
Ønsker om prioriterte forskningsområder	12
3. KOMMENTARER OG DISKUSJON	13
4. LITTERATURREFERANSER	17
VEDLEGG 1:	18
SPØRRESKJEMA FORSKNINGSKARTLEGGING – DIAKONALE INSTITUSJONER 2004	18

1. SAMMENDRAG

Kartleggingen søker å gi et øyeblikksbilde av forskningsaktiviteten ved de diakonale helse- og utdanningsinstitusjonene i 2004. 11 av de 24 institusjonene i bruttoutvalget rapporterte om pågående forskningsprosjekter. Til sammen 239 registrerte forskningsprosjekter var knyttet til disse institusjoner dette året. Vel 90 stillingshjemler var knyttet til prosjektene.

Forskningen totalt sett preges av de diakonale *sykehusenes* naturvitenskapelig forskning innen områdene medisin, kirurgi, psykiatri og farmakologi. Denne forskningen har utstrakt samarbeid med eksterne institusjoner og er hovedsakelig eksternt finansiert. Dette gjør den svært avhengig av statlige og private satsingsområder og finansieringskilder. De diakonale *høgskolene* har også en betydelig forskningsaktivitet. Den er spredt over mange ulike forskningstema, noe som gjenspeiler stor spennvidde og ulikhet i interesseområder, utdanningsinnhold og praksisfelt. Hovedsakelig dreier det seg om forskning innen utdanning/pedagogikk, pasient/brukererfaringer/mestring/livskvalitet, men også psykiatri/psykologi, rus, geriatri/eldre, barn/unge, internasjonalt utviklingsarbeid/bistand og religion/kirke. Høgskolene finansierte store andeler av sin forskning selv og har dermed større mulighet til å prioritere egne satsingsområder og temaer. Kartleggingen viser at flere av de diakonale institusjonene har forskning innen de samme temaområdene. Dette aktualiserer et forsterket forskningssamarbeid på tvers av institusjonene. De små diakonale institusjonene drev i liten grad forskning, hvilket kan forklares på bakgrunn av størrelse, ressurstilgang og svake forskningstradisjoner.

Volumet på forskningsaktiviteten viser at de diakonale institusjonene er reelle bidragsytere i å utvikle ny kunnskap og innsikt innen sine felter av helse- og utdanningssektoren i Norge. For å utvikle og styrke sin stilling må institusjonene også være villige til å prioritere egne ressurser for å bygge opp den interne forskningskompetansen og eget forskningsmiljø. Dette vil i neste omgang kunne generere nye prosjekter og gjøre institusjonene mer konkurransedyktige i kampen om offentlige og private forskningsmidler. utfordringen blir å kombinere dette med en forskningsprofil som er i samsvar med de diakonale institusjonenes ideologi og verdier. Det vil si en forskningsprofil som inkluderer spesielt sårbare grupper og utsatte verdier i vårt samfunn i dag.

2. METODE OG MATERIALE

I august 2004 ble det sendt ut spørreskjema til 24 diakonale institusjoner/delinstitusjoner i Norge for å kartlegge forskningsaktiviteten på dette tidspunktet (se vedlegg 1). Det dreier seg om følgende institusjoner:

Askøy Behandlingscenter
Betanien diakonale høgskole
Blå Kors Behandlingscenter Eina
Blå Kors Senter Oslo
Borgestadklinikken
Bragernes Behandlingscenter
Diakonhjemmet Høgskole
Diakonhjemmet Sykehus
Diakonissehjemmets Høgskole
Forus Kirkens Bymisjon Senter for barn, unge og familier
Haraldsplass Diakonale Sykehus
Haugaland A-senter
Hospitalet Betanien
Kirkens Bymisjon Oslo
Kirkens Nødhjelp
Modum Bad
Lade Behandlingscenter
Loland Behandlingscenter
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberg Diakonale Høgskole
Lukas Stiftelsen
Menighetssøsterhjemmets Høgskole (nå Diakonova).
Rogaland A-senter
Rogaland Høgskole (nå Diakonhjemmet Høgskole Rogaland)

Selv om dette utgjør de fleste diakonale institusjonene i Norge er ikke kartleggingen fullstendig. Blant annet var ikke Kirkens Sosialtjeneste, Kirkens Familierådgivning og Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesenter med i det opprinnelige utvalget som fikk tilsendt spørreskjema.

Det ble sendt ut purrerunder for å få inn svar fra flest mulig av institusjonene. Pr. juni 2006 er det mottatt svar fra 20 av de 24 institusjonene (disse er **uthevet** i oversikten over), herav fra alle de diakonale sykehusene og utdanningsinstitusjonene. Det foreligger dermed svar fra de fleste og de største diakonale institusjonene.

For noen av institusjonene manglet det data på noen av spørsmålene. For å få et mest mulig dekkende bilde av den totale diakonale forskningsaktiviteten er det derfor ved hjelp av nettsidene og årsmeldingene til disse institusjonene samt fra bibliotekssystemet Bibsys/Forskdok registrert inn data som ble omfattet av spørreskjemaet. Dette gjelder særlig spørsmål 4 om publiserte forskningsarbeider. Det ble også tatt telefonisk kontakt med noen av institusjonene for å få utfyllende opplysninger.

Tabell 1 viser en oversikt over hvilke type institusjoner som svarte på undersøkelsen:

Tabell 1: Type institusjon som har svart på undersøkelsen:

Type institusjon:	
Sykehus	3
Høgskole	5
Rusinstitusjon	8
Bymisjon	2
Annen institusjon	2
<i>Total</i>	<i>20</i>

Svarene er registrert inn i statistikkprogrammet SPSS. For å skape oversikt over materialet er det laget enkle frekvensoversikter knyttet til de enkelte spørsmålene i spørreskjemaet. Disse presenteres og kommenteres kort.

Vi fikk tilbakemelding fra Blå Kors Norge om at ingen av deres rusinstitusjoner hadde forskningsaktivitet i 2004. I oversikten på forrige side gjelder dette følgende åtte institusjoner: Askøy Blå Kors Klinikk, Blå Kors Behandlingssenter Eina, Blå Kors Senter Oslo, Borgestadklinikken, Bragernes Behandlingssenter, Haugaland A-senter, Lade Behandlingssenter og Loland Behandlingssenter. I tillegg oppgav Lukasstiftelsen at de ikke hadde forskning i 2004. Dermed står vi igjen med 11 diakonale institusjoner med forskningsaktivitet dette året. *Det er forskningsaktiviteten for disse institusjonene som inkluderes i de etterfølgende oversiktene og tabellene i rapporten.*

I spørreskjemaet som gikk ut etterspørres det ”korte fakta om de ulike prosjektene som institusjonen er involvert i i løpet av 2004”. En kan stille spørsmål om hvordan formuleringen ”er involvert i” ble oppfattet av institusjonene. Må prosjektene være forankret i institusjonen som organisasjon eller om det er nok at personalet på institusjonen er involvert i forskningen. Er for eksempel en institusjon ”involvert” i et doktorgradsprosjekt dersom den tilsatte gjør dette som stipendiat på en annen institusjon (som kan tildele doktorgrad)? Spørsmålet i skjemaet kan forstås ulikt. Det vi likevel utvetydig har fått data om er de prosjektene som *institusjonen selv* har definert at de er involvert i. Vi bør også være oppmerksom på at kartleggingen søker å gi et øyeblikksbilde av situasjonen i 2004 og at dette bilde ikke nødvendigvis er representativt for foregående og etterfølgende år.

Kategoriene for forskningstema som er brukt i tabell 4 er konstruert pragmatisk i forhold til det som framkom fra institusjonenes svar. De er således ikke hentet fra andre klassifiseringer av forskning. Slik det framstår i tabellen, og i svarene fra institusjonene, omfatter de flere dimensjoner; både ”fag” og ”målgrupper”. Kategoriene kan derfor til dels være overlappende.

Målsettingen med prosjektet fra Diakoniledermøte var å få fram forskningsaktiviteten og -profilen for de diakonale institusjonene *samlet* og ikke for hver enkelt av dem separat. En mulig videreføring kan være gjøre slike separate analyser. Da kunne en blant annet sett nærmere på institusjonens forskningsprofil og jamføre dette med deres ideologiske profil og prioriterte områder for fagutvikling, slik dette presenteres på institusjonenes nettsider og årsmeldinger.

2. RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAENE

Forskningsorganisering

11 diakonale institusjoner oppgav at de hadde forskningsprosjekter i 2004. Hvordan har disse institusjonene organisert forskningsaktiviteten sin?

Tabell 2: Antall institusjoner med egen forskningsenhet/senter og egen forskningskoordinator/veileder i 2004:

	Ja	Nei	Total
Egen forskningsenhet	3	8	11
Egen forskningskoordinator/veileder	8	3	11

Kun 3 av de 11 institusjonene hadde egen forskningsenhet; Diakonhjemmet Høgskole, Modum Bad og delvis Diakonhjemmet Sykehus.¹ Alle de andre har organisert sin forskning direkte knyttet til institusjonens eller avdelingens ordinære drift.

Derimot hadde 8 av de 11 institusjonene ansatt en egen person som forskningskoordinator.

Forskningsvolum, tilknytning og tematikk

Blant de 11 diakonale institusjonene var det i 2004 registrert 239 forskningsprosjekter. Noen av disse forskningsprosjektene kan ha flere underprosjekter med ulike temaer. I denne oversikten har vi imidlertid basert oss på hva institusjonene selv har definert som et forskningsprosjekt.

Hvordan fordeler prosjektene seg mellom ulike typer institusjoner?

Tabell 3: Fordeling av prosjekter mellom ulike typer diakonale institusjoner i 2004. Antall og prosent.

	Antall prosjekter	Prosentvis fordeling
Sykehus	135	56
Høgskoler	87	36
Bymisjon	10	4
Modum Bad	7	3
Sum	239	100

Det var de tre store sykehusene (Diakonhjemmet, Lovisenberg og Haraldsplass) som hadde størst antall forskningsprosjekter. 56 % av prosjektene har tilknytning til sykehusene. Dernest følger de fem høgskolene med 36 % av prosjektene. De resterende 7 % foredeler seg på Kirkens Bymisjon (4 %) og Modum Bad (3 %).

¹ Diakonhjemmet Sykehus har i hovedsak organisert sin forskning direkte i avdeling. Unntaket er psykiatrien som har opprettet "Enhet for psykiatrisk forskning og undervisning".

Vi skal se hvilke temaer de ulike forskningsprosjektene retter seg mot.

Tabell 4: Forskningstemaer diakonale institusjoner i 2004: Antall prosjekter, prosentvis fordeling og antall institusjoner pr. tema.

Tema	Antall prosjekter	Prosentvis fordeling	Antall institusjoner pr. tema
Medisin/kirurgi/farmakologi	64	26	4
Psykiatri/psykologi	45	19	8
Pasient/brukererfaringer/mestring/livskvalitet	21	9	6
Internasjonalt utviklingsarbeid/bistand	17	7	2
Utdanning/pedagogikk	16	7	5
Geriatrici/eldre	13	5	6
Religion/Kirke	13	5	1
Barn/ungdom	12	5	3
Organisasjon/profesjon/økonomi/jus	12	5	3
Odontologi	7	3	1
Fremmedkulturelle forhold i Norge	7	3	2
Rus	5	2	3
Epidemiologi	4	2	2
Palliasjon/kreft	3	1	1
<i>Sum</i>	<i>239</i>	<i>100</i>	

Det største forskningsfeltet målt i antall prosjekter er medisin, kirurgi og farmakologi. Dette er en sekkebetegnelse på forskning av naturvitenskapelig art rettet mot somatisk sykdom og behandling. 26 % av prosjektene var innenfor disse områdene.

Derneft følger psykiatri/psykologi med 45 prosjekter (det vil si 19 % av alle). Brorparten av prosjektene innen medisin/kirurgi/farmakologi og psykiatri/psykologi har tilknytning til *sykehusene*. Dog er så mange som 8 av de 13 institusjonene berørt av forskning innen feltet psykiatri/psykologi.

9 % av prosjektene er knyttet til kategorien pasient/brukererfaringer/mestring/livskvalitet. Det er i størst grad høgskolene som har slike prosjekter, men også sykehusene, særlig Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus.

Høgskolene har sitt forskningstyngepunkt innen områdene utdanning/pedagogikk, pasient/brukererfaringer/mestring/livskvalitet, internasjonalt utviklingsarbeid/bistand, religion/kirke og organisasjon/profesjon/økonomi/jus. De har også noen prosjekter innen psykiatri/psykologi, rus, geriatri/eldre, barn/unge og fremmedkulturelle forhold i Norge. Temaene internasjonalt utviklingsarbeid/bistand og religion/kirke er først og fremst et resultat av virksomheten ved forskningsavdelingen ved Diakonhjemmet Høgskole.

Kirkens Bymisjon har prosjekter innen fremmedkulturelle forhold i Norge, barn/ungdom, geriatri/eldre og psykiatri/psykologi. *Modum Bad* har prosjekter knyttet til psykiatri/psykologi.

Denne rapporten fokuserer på det institusjonene selv har definert som forskningsaktivitet. Det er flere eksempler på *fagutviklingsprosjekter* innen de diakonale institusjonene som retter seg mot det disse institusjonenes særegne verdigrunnlag, men som ikke er definert som forskning. Eksempler på dette er prosjektene ”Verdier i praksis” og ”Diakonisykepleiere” ved Diakonhjemmet Sykehus og ”Verdiprojektet” og ”Verdirefleksjonene” ved Haraldsplass Diakonale sykehus.

Stillingsressurser og kompetanse knyttet til prosjektene

Omregnet til 100 % stillinger har vi totalt registrert 91,65 stillinger knyttet til de 239 forskningsprosjektene. Dette utgjør i underkant av 0,4 stillingshjemmel pr. prosjekt. Mens høgskolene bruker 0,5 stillingshjemmel pr. prosjekt bruker sykehusene kun 0,3.

Det ble spurt om prosjektleders kompetanse knyttet til det enkelte prosjekt.

Tabell 4: Prosjektleders kompetanse knyttet til de 239 prosjektene i 2004.

Kompetanse	Antall	Prosentvis fordeling
Doktorgradskompetanse	129	54
Mastergradskompetanse	66	28
Cand.med.	25	10
Annen klinisk kompetanse	19	8
<i>Sum</i>	<i>239</i>	<i>100</i>

De fleste av de 239 prosjektene ledes av personer med doktorgradskompetanse (54 %). Det er i størst grad sykehusprosjektene som ledes av personer med doktorgradskompetanse (75 %), men også en del av høgskoleprosjektene (32 %).

Selv om 46 % av alle prosjektene ledes av personer uten doktorgrad må vi anta at flere har tilgang til slik kompetanse via veiledning.

Forskningens samarbeidspartnere og finansiering

Det ble spurt om prosjektene hadde samarbeidspartene utenfor egen institusjon og om hvem som finansierte dem.

85 % av prosjektene hadde eksterne samarbeidspartnere. Både sykehus-, høgskole-, bymisjons- og Modum Bad-prosjektene hadde i overveiende grad samarbeidspartene utenfor egen institusjon. De resterende 15 % av prosjektene hadde kun interne samarbeidspartnere.

Hva så med prosjektenes finansiering?

Tabell 5: Finansieringskilder for forskningsprosjektene i 2004. Antall prosjekter pr. finansieringsform og prosentvis fordeling.

Finansiering	Antall	Prosentvis fordeling
Eksternt finansiert	160	67
Intern finansiert	51	21
Delt eksternt/internt finansiert	28	12
<i>Sum</i>	<i>239</i>	<i>100</i>

De fleste prosjektene var eksternt finansierte når vi ser institusjonene samlet. 79 % av sykehusprosjektene var eksternt fullfinansierte, mens 6 % hadde delt finansiering. For høgskolene derimot var halvparten av prosjektene enten kun internt finansierte eller delt mellom intern og ekstern finansiering. Altså en langt større andel av intern finansiering enn sykehusene. Dersom vi ser bort fra forskningsavdelingen ved Diakonhjemmet Høgskole, som for en stor del har eksternt finansierte prosjekter, forsterkes denne forskjellen mellom sykehusene og høgskolene. De ni bymisjonsprosjektene var eksternt finansierte.

Publisering av forskningen

Hvordan publiserer institusjonene resultatene av sin forskning?

Tabell 6: Skriftlige publiseringskilder for forskningen fra de diakonale institusjonene i 2004.

Institusjonstype	Artikler vitenskapelige tidsskift	i Artikler i vitenskapelige tidsskift	i ikke- Rapporten	Forlagsutgitte bøker
Sykehusene	99	22	0	0
Høgskolene	17	14	31	9
Andre institusjoner	13	5	2	1
<i>Sum</i>	<i>129</i>	<i>41</i>	<i>33</i>	<i>10</i>

Sykehusene publiserte sine forskningsresultater primært som vitenskapelige referee-vurderte artikler mens høgskolene i større grad publiserte i egne institusjonsbaserte rapporter. Høgskolene publiserte også vitenskapelige artikler og et ikke ubetydelig antall forlagsutgitte bøker.

I tillegg til publiseringsformene gjengitt i tabell 6 publiserer institusjonene sin forskning på vitenskapelige og ikke-vitenskapelige konferanser og som kapitler i forlagsutgitte bøker. Det ble i 2004 avlagt fire doktorgrader knyttet til personer ansatt på disse institusjonene.

Ønsker om prioriterte forskningsområder

Institusjonene ble til slutt i spørreskjemaet spurt om de ønsker å prioritere bestemte forskningsområder. Vi har kategorisert dette i de samme områdene som i tabell 4 (som viste oversikten av de pågående forskningsprosjektenes temaer i 2004). Tabell 7 viser en oversikt over prioriterte forskningsområder for institusjonene samlet.

Tabell 7: De diakonale institusjonenes ønsker om prioriterte områder for forskning.

Tema	Antall institusjoner pr. område
1. Utdanning/pedagogikk	5
2. Psykiatri	4
3. Geriatri/eldre	4
4. Medisin/kirurgi/farmakologi	3
5. Rus	3
6. Palliasjon/kreft	2
7. Organisasjon/profesjon/økonomi/jus	2
8. Pasient/brukererfaringer/mestring/livskvalitet	2
9. Internasjonalt utviklingsarbeid/bistand	2
10. Barn/ungdom	1
11. Odontologi	1
12. Religion/Kirke	1
13. Fremmedkulturelt/bistand	1

Tabellen 7 viser stor spredning i prioriteringsønskene. Målt i antall institusjoner er utdanning/pedagogikk det forskningsområdet som er prioritert av flest institusjoner.

Alle de fem høgskolene ønsker å prioritere forskning innen dette feltet.

Dernest følger feltene psykiatri og geriatri/eldre. Alle de tre sykehusene ønsker å prioritere forskning innen medisin/kirurgi/farmakologi.

De prioriterte forskningsområdene gjenspeiler langt på vei temaområdene for faktisk forskning i 2004.

3. KOMMENTARER OG DISKUSJON

Volum, tematikk og forskningsprofil

239 registrerte forskningsprosjekter innen 11 diakonale institusjoner i 2004 utgjør et betydelig volum. Vel 90 stillingshjemler er knyttet til prosjektene. Disse kvantitative sidene sier imidlertid ikke noe om prosjektenes innhold og betydning. Ved å se nærmere på forskningstemaene får vi dog indikasjon på forskningens profil, fokus og målgrupper.

Forskningen totalt sett preges av *sykehusenes* naturvitenskapelig forskning innen områdene medisin, kirurgi, psykiatri og farmakologi. Sykehusene er de største organisatoriske enhetene innenfor de diakonale institusjonene. I tillegg er de kunnskapsintensive og baserer sentrale deler av sin virksomhet på vitenskapelig kunnskap. Legetjenesten ved sykehusene har tunge tradisjoner for å drive vitenskapelig forskning og har tilgang på ekstern forskningsfinansiering. Det som styrer sykehusenes forskningsområder er langt på vei tilgangen på ekstern finansiering fra Forskningsrådet, de regionale helseforetakene og ulike andre offentlige og private forskningsfond. Dette gjør denne forskningen svært avhengig av statlige og private satsingsområder. Konkurransen om midlene er hard og avhengig av at institusjonen allerede har sterke fagmiljøer som er i forskningsfronten innenfor sine spesialiserte områder. Et eksempel på et slikt miljø er Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus. Miljøet er i front i Norge og hevder seg godt internasjonalt knyttet til forskning om sykdomsforløp og livskvalitet ved revmatiske lidelser.

Høgskolene har spredt seg over svært mange forskningstema. Dette gjenspeiler en stor spennvidde og ulikhet i interesseområder, utdanningsinnhold og praksisfelt. At de er tyngst på utdanning/pedagogikk samt pasient/brukererfaringer/mestring/livskvalitet er kanskje ikke overraskende. Statlige retningslinjer gir høgskolene stor frihet for selv å bestemme hvordan tidsressursene til fou-arbeid skal fordeles (Kyvik og Smedby 2002). Det er dermed større rom for å prioritere egne temaer og egen ideologi sammenlignet med sykehusene som i større grad er avhengig av eksterne faktorer. I kartleggingen er det ikke beregnet hvor stor andel av institusjonenes tidsressurser som går til fou-arbeid. Tidligere beregninger har imidlertid vist at 20 % av lærerressursene ved de statlige høgskolene var øremerket fou-virksomhet (Kyvik og Skodvin 1998). Tallene for de diakonale høgskolene kan antas å være på noenlunde samme nivå.

Forskningen bidrar til institusjonens profil innad og profilering utad. Et viktig anliggende for de diakonale institusjonene må da være at institusjonenes verdigrunnlag og ideologi preger denne forskningen positivt. De diakonale institusjonene ønsker ikke å være kopier av de offentlige institusjonene i velferdsstaten (Kaupang 1992). Et sentralt spørsmål er om forskningen innenfor de diakonale institusjonene gjenspeiler deres ideologi og egenart til forskjell fra de andre institusjonene innenfor helse- og sosialsektoren. Eller kunne denne forskningen like gjerne vært utført der? Om svaret er ja, så diskrediterer det imidlertid ikke denne forskningen. Forskning dreier seg om utvikling av kunnskap. De diakonale institusjonene forsker innen områder de selv driver tjenester på. På denne måten bidrar de til å utvikle disse tjenestene både i egen virksomhet og for andre virksomheter med samme type tjenester. Slik forskning, enten det for eksempel dreier seg om sykdomsforløp, utvikling av medisinske behandlingsmetoder eller mestring av kronisk sykdom, er utvilsomt i overensstemmelse med diakonal ideologi og et diakonalt formål. De diakonale institusjonene ønsker å være til for svake og sårbare grupper i samfunnet (Wenaas 2001). Den diakonale

forskningen i 2004 retter seg utvilsomt mot slike grupper. Likevel er det et åpent og stadig aktuelt spørsmål for disse institusjonene og deres forskning, om de retter seg mot *de svakeste* og *mest sårbare* gruppene i samfunnet og mot områder med lite forskning i dag!

Kramer (1981) har typologisert *frivillige organisasjoners* funksjon og rolle i samfunnet. Et kjennetegn han setter opp er deres spydspiss og pionerrolle. Det kan handle om å identifisere neglisjerte hjelpetrengende grupper og å starte nye prosjekter og tiltak for dem. Når behovet er mer kjent tar gjerne det offentlige over ansvaret mens de frivillige organisasjonene retter seg etter nye udekkede behov i samfunnet. Det er flere eksempler på at de diakonale organisasjonene har fungert i denne pionerrollen. Sykepleierutdanningen og hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester er to av flere eksempler på dette.

Noen sentrale spørsmål i forhold til de diakonale institusjonene og deres forskning er:
I hvilken grad klarer de tradisjonelle institusjonene fortsatt å være pionerer innenfor sine områder og ivareta utsatte verdier og grupper og hvordan kan forskningen bidra innovativt i forhold til dette? Har institusjonene forskningsprosjekter som ivaretar pioner- og spydspissrollen i samfunnet? Har de prosjekter knyttet til tydeliggjøring og utvikling av egne verdier og ideologisk egenart?

Sykehusene (gjennom Helseforetaksreformen) og utdanningsinstitusjonene (gjennom Kvalitetsreformen) har gjennomgått store organisasjonsmessige endringer de seinere år. Den offentlige styringen av både sykehusene og utdanningsinstitusjonene preges i dag av sterke økonomiske og inntjeningsmessige føringer knyttet til produksjon, resultatmål og effektiv gjennomstrømning (Hagen, T.P., Iversen, T., & J. Magnussen 2000, Stamstø, M.A. 2005, Michelsen, S og Aamodt, P.O. 2006). I tillegg er flere av institusjonene preget av høyspesifisert teknologi. I et slikt system kan blikket og rommet for det enkelte mennesket og dets sårbarhet bli en utsatt verdi. Endrede rammebetingelser gjør en skjerpet verdimeisig forskningsprofil enda mer aktuell, en forskningsprofil som inkluderer slike utsatte verdier.

Fraværet av rusinstitusjonene

Ingen av de diakonale rusinstitusjonene som svarte oppgav at de hadde forskningsprosjekter i 2004.² De diakonale rusbehandlingsinstitusjonene utfører imidlertid et stort volum av rusbehandlingsrelaterte tiltak. I 1997 var 28 % av døgnbaserte rusinstitusjonsplassene kirkelig forankrede. Til sammenligning var kun 5 % av institusjonsplassene innenfor somatisk helsevern diakonale (Angell 2005). Selv om ingen av institusjonene oppgav forskningsprosjekter i 2004 kan de ha hatt slike prosjekter tidligere eller etter. Kartleggingen tyder likevel på liten forskningsaktivitet. Dette kan ha sammenheng med blant annet institusjonenes størrelser og svake forskningstradisjoner. Det tar tid og ressurser å bygge opp forskningsmiljøer og små institusjoner har begrensede egne midler for en slik oppbygging. Myndighetenes strategi for økt forskningsinnsats overfor forskningsvake fagområder, særlig forskning innen rusbehandling og psykisk helse (Helse og omsorgsdepartementet 2006), åpner imidlertid for mer forskning og forskningssamarbeid innen av disse institusjonene i framtiden.

² En bør imidlertid være oppmerksom på at en av institusjonene som ikke svarte på spørreskjemaet, Rogaland A-senter, i tillegg til å være en behandlinginstitusjon, er ett av sju statlige kompetansesentra med ansvar for kompetanseutvikling innen rusområdet i Norge.

Forskningens samarbeid og finansiering

85 % av prosjektene hadde eksterne samarbeidspartnere. Tallene kan tyde på at forskningen innenfor de diakonale institusjonene er preget av god tilknytning og samarbeid med eksterne fag- og forskningsmiljøer.

Sykehusene har de sterkeste tradisjonene både knyttet til forskning generelt og ekstern forskningsfinansiering spesielt. Den overveiende eksterne forskningsfinansieringen gjør imidlertid forskningen, som tidligere nevnt, svært avhengig av statlige og private satsingsområder. Høgskolenes større andel av intern finansiering gir disse institusjonene større handlingsrom for egne forskningsprioriteringer. Eksempelet med forskningsavdelingen ved Diakonhjemmet Høgskole viser imidlertid at også høgskoleforskningen kan hente ut store deler av sin forskningsfinansiering eksternt, i tillegg til å avsette egne midler. Slik ekstern finansiering fordrer imidlertid spisskompetanse innenfor aktuelle forskningsfelt. Man må framstå som det beste og mest relevante forskningsmiljøet for oppdragsgiverne. De diakonale institusjonene er kommet ulikt i forhold til dette. Det er en kjensgjerning at forskningen befinner seg i et konkurranseutsatt marked. For å få tilgang på forskningsfinansiering må institusjonene vise til tilfredsstillende forskningskompetanse og forskningsmiljø. Mange av institusjonene må sannsynligvis være villige til å prioritere interne ressurser for å bygge opp dette. I neste omgang vil dette kunne generere nye prosjekter og gi tilgang på nødvendige forskningsmidler.

Et annet framtrekkende trekk ved kartleggingen er at mange av temaene går igjen på mange av institusjonene. For eksempel er åtte av institusjonene involvert i forskning innen psykiatri/psykologi og seks innen geriatri/eldre. Dette kan aktualisere et forsterket forskningssamarbeid på tvers av institusjonene.

Et spørsmål som ikke berøres direkte av kartleggingen men som likevel aktualiseres er det interne forskningssamarbeidet i stiftelsene. Både sykehusene og høgskolene er kompetansevirksomheter med forskerkompetanse. Dette bør kunne utnyttes ved å bruke hverandres forskerkompetanse i prosjekter. Det kan her dreie seg om økt forskningssamarbeid og/eller forskningsveiledning mellom sykehus og høgskole.

Forskningsorganisering

Sykehusene har i hovedsak valgt å knytte forskningen til den enkelte ordinære avdeling og ikke utskilt som egne forskningssentre. Dette er i tråd med det som er vanligst i denne sektoren ellers. Forskerne jobber her som oftest med forskning og direkte klinisk pasientarbeid parallelt og i samme avdeling. Denne integrerte modellen er vanligst i de diakonale institusjonene, enten det dreier seg om sykehus, høgskole eller annen virksomhet. Forskerne jobber med sine forskningsprosjekter i ordinær operativ avdeling, for eksempel en bestemt medisinsk avdeling eller en bestemt bachelorutdanning. Veien mellom forskningen og pasienthverdagen/forskningsfeltet kan på denne måten bli kort. Både forskningens resultater og forskerkompetansen tilflyter den operative avdeling.

Etablering egen forskningsavdeling (separat modell) kan for eksempel være motivert ut fra ønsket om å samle og styrke institusjons forskningsmiljø, styrke et bestemt forskningsområde som ikke faller naturlig inn under en av de ordinære avdelingene eller å styrke institusjonen i kampen om eksterne forskningsoppdrag. Spørsmålet om å etablere egen forskningsenhet eller å organisere forskningen direkte i den operative avdeling er således en

avveining av fordeler og ulemper ved disse organisasjonsmåtene. Med økende forskningsaktivitet er dette en avveining som sannsynligvis flere av de diakonale institusjonene står i.³

At 8 av 11 diakonale institusjoner med forskningsaktivitet har ansatt egne forskningskoordinatorer/veileder (i hel eller delt stilling) handler sannsynligvis om forskningsaktivitetens økede volum og behovet for tilrettelegging, samordning og saksbehandling på feltet.

Publisering og formidling

Det er selvsagt vesentlig at resultatene fra forskningen formidles videre til aktuelle målgrupper, det være seg forskerkolleger, helsepersonell/undervisningspersonell og allmennheten. Vi så av tabell 6 at sykehusforskere primært publiserte artikler i fagfelle-vurderte vitenskapelige tidsskrift. Dette er viktig av flere grunner, blant annet fordi antall artikler og hvor disse er publisert teller tungt når man skal søke midler til videre forskning. Forskerne på høgskolene publiserte i større grad sine resultater som rapporter utgitt av høgskolene, men også som tidsskriftsartikler (vitenskapelige og ikke-vitenskapelige) og et ikke ubetydelig antall forlagsutgitte bøker. Med hensyn til publisering må institusjonene og forskerne gjøre strategiske avveininger mellom å smalere vitenskapelig publisering rettet mot forskerkolleger, publisering rettet mot helse- og undervisningspersonell i videre forstand og publisering rettet mot brukergrupper og allmennheten. Ved også å publisere bredt (skriftlig og muntlig) mot videre målgrupper vil de i større grad kunne delta i aktuell fag- og samfunnsdebatt, i tillegg til å profilere egen institusjon.

³ Lovisenberg diakonale høgskole opplyser at de fra 2006 oppretter egen avdeling for forskning og internasjonalt arbeid.

4. LITTERATURREFERANSER

Angell, O. H. Kristoffersen, A. S. (2005): Kirke og helse: Kartlegging av diakonalt helsearbeid innen Den norske kirke. Rapport nr. 3/2005. Oslo: Avdeling for forskning og utvikling. Diaforsk.

http://www.diakonhjemmet.no/diaforsk/rapporter/KirkeoghelseRapport3_2005_Diaforsk%20_5.pdf

Hagen, T.P., Iversen, T., & J. Magnussen (2000): ISF og sykehusenes effektivitet - Erfaringer fra 1997 og 1998. HERO Skriftserie 2000: 1. Senter for helseadministrasjon, Sintef UNIMED NIS & HERO.

Kaupang, T. (1992): Oppbrudd og fornyelse: Et strategidokument for institusjonsdiakoni. Utgitt av de diakonale helse- og sosialinstitusjonene.

Kramer, Ralph M. (1981): Voluntary Agencies in the Welfare State. Berkeley, California: University of California Press.

Kyvik, S. og Smeby, J.-C. (2002): Tidsressurser til FoU: statlige retningslinjer og høgskolenes fordelingspraksis. I: Høgskoler til besvær: når statlige reformer møter lokale institusjoner og ambisjoner: Hallgeir Gammelsæter (red.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kyvik, S. og Skodvin, O.J. (1998): Fou ved statlige høgskoler. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning. Rapport 10/98.

Helse og omsorgsdepartementet (2006): Departementets styring av de regionale helseforetakene. Bestillerdokument 2006.

<http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/organisering/042031-990079/dok-bn.html>

NIFU-STEP (2004): Utdrag fra OECDs "Frascati Manual" i norsk oversettelse. The measurement of scientific and technological activities, FRASCATI manual 2002: proposed standard practice for surveys on research and experimental development, versjon 6, 2002. Oppdatert av Terje Bruen Olsen. Oslo: NIFU STEP

Michelsen, S og Aamodt, P.O. (red.) (2006): Evaluering av kvalitetsreformen. Delrapport 1. Kvalitetsreformen møter virkeligheten. Oslo: NIFU STEP

Stamsø, M. A. (red.) (2005): Velferdsstaten i endring: norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. Oslo: Gyldendal akademisk

Wenaas, J. A. (2001): Diakoni - et annerledes språk. Utgitt av Kirkerådet og Diakoniledermøtet.

VEDLEGG 1:

SPØRRESKJEMA FORSKNINGSKARTLEGGING – DIAKONALE INSTITUSJONER 2004

For: _____ (institusjonens navn)

1. Hvordan er forskningen organisert på din institusjon?

Sett kryss

Ja

Nei

A. Har egen forskningsenhet/ forskningssenter

B. Har egen forskningskoordinator / forskningsveileder

Eventuelle merknader:

2. For å få synliggjort forskningsaktiviteten vil vi vil be om at dere i kolonnene under oppgir korte fakta om de ulike prosjektene som institusjonen er involvert i løpet av 2004.

Nr.	Prosjektets tittel:	Stillingsressurs knyttet til prosjektet: (av 100 % stilling; for eksempel 80 %)	Prosjektlederens kompetanse: (for eksempel cand.polit. dr. med., evt. stillingstittel)	Samarbeidspartnere utenfor egen institusjon:	Finansiering: (hvem finansierer prosjektet)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

3. Ønsker din institusjon å *prioritere* bestemte forskningsområder? Oppgi i så fall hvilke?

Svar:

4. Dersom din institusjon har en oversikt over publiserte artikler og/eller doktorgrader bes dette vedlagt.

Takk for tilbakemeldingene!