



Rapport
2020:28

Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester

Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor

Ole Wiig, Kristoffer Rørstad, Dag W. Aksnes, Eilin Ekeland, Cecilie Aagestad og Morten Stenstadvold

Rapport
2020:28

Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester

Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor

Ole Wiig, Kristoffer Rørstad, Dag W. Aksnes, Eilin Ekeland,
Cecilie Aagestad og Morten Stenstadvold

Rapport	2020:28
Utgitt av Adresse	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo.
Prosjektnr.	21105
Oppdragsgiver Adresse	Norges forskningsråd Postboks 564, 1327 Lysaker
Fotomontasje	NIFU
ISBN	978-82-327-0487-3
ISSN	1892-2597 (online)



Copyright NIFU: CC BY 4.0

www.nifu.no

Forord

På oppdrag fra Norges forskningsråd har NIFU og Agenda Kaupang gjennomført en kartlegging av forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporten består av to hoveddeler. Den første gjengir resultater fra en bibliometrisk analyse av vitenskapelige publikasjoner på dette feltet. I den andre delen legges det fram resultater fra en kartlegging av kommuners erfaringer med ulike aspekter ved FoUI-arbeidet i kommunal sektor.

Første del er skrevet av Dag W. Aksnes og Kristoffer Rørstad, NIFU. Eilin Eke-land, Cecilie Aagestad og Morten Stenstadvold, Agenda Kaupang, har utarbeidet andre del. Prosjektet er ledet av Ole Wiig, NIFU. Rapporten er en oppfølging av tilsvarende kartlegging som NIFU gjennomførte i 2016, av ressursinnsats og resultater (Rapport nr. 32/2016). På bakgrunn av pandemisituasjonen i 2020 ble det imidlertid, i samråd med oppdragsgiver, ikke gjennomført noen kartlegging av ressursinnsatsen denne gangen.

Prosjektet har hatt en ekspertgruppe bestående av medlemmer fra Universitetet i Oslo (Marit Kirkevold og Jørund Straand), Universitetet i Bergen (Guri Rør-tveit), Bærum kommune (Erik Kjeldstadli og Kristin Nilsen) og KS Kommunesektorens organisasjon (Jon Anders Drøpping). Gruppen har blant annet bistått i videreutviklingen av metoden for den bibliometriske kartleggingen. Vi vil takke gruppen for nyttige kommentarer og innspill underveis i prosjektet. Vi vil også takke de kommunene som tok seg tid til å besvare spørreundersøkelsen og stille opp i intervjuene.

Oslo, desember 2020

Vibeke Opheim
direktør

Michael Spjelkavik Mark
forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning.....	12
1.1 Bakgrunn og problemstillinger	12
1.1.1 NIFU-kartlegging 2016	13
1.1.2 Endringer knyttet til pandemisituasjonen i 2020.....	15
1.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	15
1.2.1 Nærmere om formelle rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester	16
1.2.2 Forskningens rolle.....	18
1.2.3 HelseOmsorg21.....	19
1.2.4 Forskningsutførende enheter.....	21
1.3 Nærmere om publiseringsanalysen.....	22
1.3.1 Definisjon og avgrensning av forskningsfeltet.....	23
1.3.2 Metode	24
1.3.3 Analyser	26
1.4 Nærmere om kartlegging av erfaringer i kommunal sektor	27
1.4.1 Spørreundersøkelse.....	27
1.4.2 Kvalitative intervjuer	28
1.5 Om denne rapporten	29
2 Forskningsresultater – vitenskapelig publisering	30
2.1 Total vitenskapelig publisering i 2010-2019.....	30
2.2 Vitenskapelig publisering 2017-2019.....	35
2.2.1 Publisering etter institusjon.....	36
2.2.2 Fagområder og fagfelt.....	41
2.2.3 Publikasjonskanaler og -språk.....	44
2.2.4 Nasjonalt institusjonelt samarbeid	46
2.2.5 Internasjonalt samarbeid	50
2.2.6 Publiserende forskere.....	53

3	Erfaringer i kommunal sektor	56
3.1	Innledende spørsmål om samarbeid	56
3.2	Organisering av FoUI-aktiviteten i kommunen.....	58
3.3	Finansiering av FoUI-aktiviteten i kommunene	60
3.4	Identifisering av kunnskapsbehov	62
3.5	Gjennomføring av forsknings- og innovasjonsaktiviteter	64
3.6	Presentasjon og bruk av resultater	67
3.7	Hemmere og fremmere for FoUI-aktivitet i kommunene.....	69
3.8	Videre planer	72
	Referanser.....	73
	Vedlegg 1 – spørreskjema til kommunene	74
	Vedlegg 2 – søkeord i den bibliometriske analysen.....	88
	Vedlegg 3 – Definisjon av forskning og utviklingsarbeid (FoU) og innovasjon	90
	Tabelloversikt.....	93
	Figuroversikt.....	94

Sammendrag

NIFU har, i samarbeid med Agenda Kaupang, gjennomført en kartlegging av forskning og utviklingsarbeid og innovasjon (FoUI) knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosjektet er en oppfølging av en studie NIFU gjennomførte i 2016 (Wiig, Rørstad og Børing 2016). I tillegg til en bibliometrisk analyse av resultater av slik aktivitet som ble kartlagt den gangen, inneholder prosjektet denne gangen også en kartlegging av kommunenes erfaringer med FoUI knyttet til helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen består av en spørreundersøkelse til kommunene og intervjuer med et utvalg representanter fra kommunesektoren.

Prosjektendringer grunnet Covid 19-pandemien 2020

Pandemisituasjonen og de tiltak som ble innført våren 2020 nødvendiggjorde endringer i prosjektplanen. I samråd med oppdragsgiver ble en opprinnelig planlagt kartlegging av ressursbruk til FoUI i universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter, helseforetak og andre institusjoner med FoU avlyst. I stedet ble den bibliometriske analysen utvidet, med sikte på å forbedre og videreutvikle 2016-analysen til et mer robust og repeterbart opplegg.

Spørreundersøkelsen til kommunene var allerede i gang da pandemisituasjonen inntrådte. Pandemien og de tiltak som ble innført, kan ha bidratt til at undersøkelsen kun oppnådde 20 prosent svar. Selv om frafallsundersøkelser ikke har avdekket skjevheter i resultatene, bør naturligvis resultatene av en spørreundersøkelse med så lav svarprosent tolkes med en viss forsiktighet.

Sammen med informasjon fra intervjuene som ble gjennomført etter planen, gir imidlertid materialet interessant informasjon om kommunenes aktivitet på området.

Her følger hovedresultater fra a) den bibliometriske kartleggingen, og fra b) undersøkelsene gjennomført i kommunal sektor.

Bibliometrisk kartlegging

Siktemålet med denne analysen har vært å gi et bilde av omfanget av forskningen på feltet gjennom bruk av indikatorer over vitenskapelig publisering. Slike indikatorer har som utgangspunkt at resultater av forskning formidles til det

vitenskapelige samfunn gjennom publikasjoner. Publisering kan dermed benyttes som et indirekte mål på kunnskapsproduksjon. Til prosjektet er det utarbeidet en metode som gjør det mulig å identifisere publikasjoner som er relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Analysen bygger på data fra CRISTin, Web of Science og Norart. Den sier blant annet noe om volumet av forskningen i form av vitenskapelige publikasjoner, og hvordan den fordeler seg på sektorer og institusjoner, fagprofil og nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Stor vekst i publiseringsvolumet over tid

Analysene viser en markant økning i forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Antall vitenskapelige artikler har økt med mer enn 60 prosent i perioden 2011-2019. De siste årene har volumet ligget på i overkant av 700 publikasjoner. Til sammenligning økte det totale norske publiseringsvolumet med 40 prosent i løpet av perioden. Dette forskningsfeltet har dermed hatt en kraftigere relativ vekst enn gjennomsnittet for Norge totalt. Målt som andel av det totale publiseringsvolumet i medisin og helsefag, utgjorde feltet mellom 9 og 10 prosent i 2018 og 2019. Denne andelen har økt over tid fra rundt 7,5 prosent tidlig i perioden. Dette viser også at publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester har hatt en større relativ vekst enn medisinsk forskning for øvrig.

Universiteter og universitetssykehus største bidragsytere

Forskningen på feltet drives i hovedsak av de etablerte forskningsinstitusjonene. Universiteter og høyskoler bidro til litt mer enn halvparten (55 prosent) av publiseringen i perioden 2017-2019. De tre største universitetene var de største bidragsyterne med Universitet i Oslo i spissen med en andel på 12 prosent av publiseringssomfanget. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Universitetet i Bergen var omtrent jevnstore og bidro hver med rundt åtte prosent av publikasjonene. Helseforetakene bidro med rundt en fjerdedel av publikasjonene, og Oslo Universitetssykehus var det største helseforetaket med en andel på ca. 5 prosent. Deretter fulgte Helse Bergen HF som bidro på om lag 2,5 prosent av det totale publiseringsomfanget.

Bare en liten andel av publikasjonene har bidragsytere fra kommuner og kommunale etater. Andelen utgjorde fire prosent av det totale publiseringsvolumet. Tallene indikerer dermed at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenester bidrar relativt lite direkte til den vitenskapelige publiseringen. Dette skyldes trolig at de kommunalt ansatte i liten grad er fristilt til å drive forskning.

Samfunnsmedisin og sykepleie var de største fagdisiplinene

Publiseringen som er rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester var ikke utelukkende på medisinske fagfelt. Fagområdet medisin og helsefag utgjorde i underkant av 80 prosent, ulike samfunnsvitenskapelige fagdisipliner 19 prosent, mens andre fagfelt samlet utgjorde litt mindre enn to prosent. Samfunnsmedisin og sykepleie var de to største fagfeltene og utgjorde henholdsvis en fjerdedel og ca. 15 prosent av publiseringsomfanget. Mye av forskningen representerer imidlertid allmennmedisin, men dette er ikke en egen kategori i analysene av fagfeltfordeling.

Mer enn halvparten av publikasjonene involverte nasjonalt samarbeid

Litt flere enn halvparten (53 prosent) av publikasjonene var skrevet i samarbeid mellom to eller flere norske institusjoner. Nasjonalt forskningssamarbeid forekommer dermed hyppig, og i tillegg er det utbredt samarbeid mellom norske og utenlandske institusjoner. Samarbeid mellom universiteter og universitetssykehus i samme by og region er mest utbredt. De største og mest sentrale institusjonene innen feltet hadde et betydelig samarbeid med mange institusjoner. Norske kommuner hadde mest samarbeid med Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Oslo universitetssykehus.

Norske institusjoner samarbeidet også med utenlandske institusjoner, og det forekom i litt færre enn halvparten av publikasjonene (44 prosent). Norske forskere samarbeidet mest med institusjoner fra til sammen 126 land og mest med institusjoner fra Storbritannia, Nederland, Danmark, Tyskland, Australia og Sverige.

Erfaringer fra kommunal sektor

De overordnede resultatene fra kartleggingen viser at helse- og omsorgstjenestene i kommunene er svært ulike med hensyn til å være involvert i eller drive forskning eller innovasjonsarbeid. Noe av denne forskjellen ser ut til å kunne tilskrives at kommunene er ulike av størrelse, i hvilken grad det er avsatt ressurser til FoUI-aktivitet og i hvilken grad det foreligger en struktur for FoUI-arbeidet i kommunen.

Få kommuner har egne FoUI-enheter, men samarbeid er utbredt

Det kan synes å være et sprik mellom resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene når det gjelder hvorvidt kommunene har en FoUI-enhet eller -ressurs. Nærmere ni av ti kommuner vi har vært i kontakt med oppgir at de ikke har slike

ressurser. Men de fleste informantene i intervjuene oppgir at de har en slik enhet/ressurs i kommunen.

Med utgangspunkt i den relativt sett lave deltakelsen i spørreundersøkelsen, kan vi ikke med sikkerhet si hvor utbredt det er med FoUI-enheter og personellressurser til FoUI-aktivitet i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Dataene viser at flertallet av kommunene i utvalget har et formelt samarbeid, enten med forskningsinstitusjoner, med andre kommuner eller begge deler. Hvilke strukturer som er etablert ser imidlertid ut til å variere mellom kommunene. Mye tyder på at mindre kommuner som ikke har egne ressurser knyttet til FoUI i helse- og omsorgstjenestene, i større grad har utfordringer med å følge opp, men også med å initiere et slikt samarbeid.

Initiativ til forskning både fra kommuner og forskningsinstitusjoner

Kommunene oppgir at det er ganske likt fordelt mellom kommunene og forskningsinstitusjonene om de tar initiativ til forskning. Dog gir informantene vi har intervjuet inntrykk av at kommunene er aktive. Samarbeid kan være direkte med forskningsinstitusjoner, eller gå via lokale eller regionale forskningsenheter. Nærhet til forskningsinstitusjonene gjør det enklere å etablere et samarbeid. Noen viser til at etableringen av et samarbeid er et resultat av allerede etablerte kontakter eller som en følge av tilfeldigheter.

Survey materialet bekrefter et inntrykk av at kommunenes deltakelse i forskningsprosjekter først og fremst er å bidra med data og respondenter. Mange av våre informanter fra kommuner med etablert forskningssamarbeid, beskriver imidlertid et likeverdig forhold. Det kan se ut til at der man er kommet godt i gang med et samarbeid, utvikles samarbeidet i retning av likeverdige parter.

Erfarings og etablering av formelle strukturer viktig

Internt i kommunene ser vi at initiativene til prosjektene delvis kommer ovenfra i kommunen, ved at politiske eller administrativ ledelse peker på temaer eller områder de ønsker innsats på. Samtidig er også ildsjeler og medarbeidere «med en forsker i magen» viktige i å få opp temaer og prosjekter. Etter hvert som kommunene høster erfaringer med forskning kan mer formelle strukturer bli etablert, både for å kartlegge og få fram initiativer og for å ramme inn prosjektene i gjennomføringen.

Kommunene skiller ikke mellom FoU og FoUI. Forskjellen er uklar og oppfattes ikke som viktig. Det er ganske få kommuner som har egne forskningsenheter, men det er en styrke hvis det er medarbeidere i kommunen med særskilt ansvar for forskning og som ikke er en del av den ordinære linjen. Det er også få som har avsatt egne budsjetter til forskning.

For å styrke kommunens evne til å utvikle prosjekter kan det være ønskelig med systemer for å få fram prosjektinitiativer og som setter tydelige rammer rundt gjennomføring av forskningen. Noen ressurser for å kunne støtte opp om å utvikle og søke prosjekter, samt skape en ramme rundt gjennomføringen, kan være ønskelig. Hovedfinansiering av gjennomføring av prosjekter må likevel komme utenfra. Få kommuner har ressurser til selv å bære kostnadene av forskningsaktivitet.

Forankring i praksisfelt viktig

Det er også viktig at prosjektene springer ut fra og er forankret i praksisfeltet i kommunen. Mange av informantene peker på at hovedmotivasjonen for å drive forskning er en forståelse av at kommunen må endre praksis for å kunne levere gode og effektive tjenester i framtiden. Dette perspektivet burde også forskningsinstitusjonene ha in mente når de inngår i samarbeid med kommuner.

Forankring i praksisfeltet vil også kunne gjøre det lettere å ta i bruk resultatene av forskningen i kommunene. Det er en utfordring at kommunene mener de er lite flinke til å ta i bruk resultatene av forskning de selv er med på eller har initiert. Årsaker til dette kan være innrettingen på forskningen, og at resultatene ofte ikke formidles i en form som gjør dem lett omsettelige til praksis.

Forankring i kommunens ledelse viktig

Manglende forankring av forskningsaktiviteten i kommunen kan også være barrierer mot å ta resultatene i bruk. Forutsetninger for å lykkes med forskningen som kommunene peker på, er først og fremst lederforankring. Godt samarbeid med forskningsinstitusjonene fremheves også som viktig, men også interesse blant kommunes egne medarbeidere. Videre trenger en tid, og ressurser.

Kommunene vil gjerne drive mer med forskning, men hensynet til drift er styrende for hvor mye de kan få til. Derfor fokuseres det mye på forskjellige samarbeidskonstellasjoner som kan bidra til å mobilisere kompetanse og ressurser.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er de senere årene satt på dagsordenen. I Regjeringens nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategi (2014) – HelseOmsorg21 – er et kunnskapsløft for kommunene en av fem hovedprioriteringer. Som grunnlag for et slikt kunnskapsløft er det viktig med god og relevant kunnskap om feltet.

Vi har fortsatt begrenset kunnskap om forskning og utviklingsarbeid og forskningsbasert innovasjon (FoUI) i primærhelsetjenesten. NIFU gjennomførte en kartlegging og analyse av ressurser til og resultater av slik forskning i 2016. Kunnskapsgrunnlaget på dette området er imidlertid fortsatt svakere enn for f.eks. spesialisthelsetjenesten, der det ble etablert et målesystem for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetak og private, ideelle sykehus for om lag ti år siden, og i tillegg et system for bearbeiding og systematisering av informasjon om publikasjoner, doktorgrader og etter hvert også innbetalte midler fra Forskningsrådet og EU-kommisjonen for bruk i Helse- og omsorgsdepartementets resultatbaserte finansieringssystem.

Den begrensede kunnskapen om FoUI-innsats rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester og resultater av den, henger sammen med sparsom interesse og delvis også at det har foregått lite forskning i regi av kommunene selv. I HelseOmsorg21-strategien beskrives tjenesteforskningen knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester som fragmentert og av begrenset volum. Forskningen er regionalt og nasjonalt rettet heller enn internasjonalt, og begrenset av mangelfullt datamateriale (Helse- og omsorgsdepartementet 2014:14). Forskning i tilknytning til kommunesektoren har i stor grad vært ivaretatt av FoU-miljøer ved universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter, helseforetak, bedrifter mv. Slik sett er store deler av FoU-aktiviteten likevel indirekte blitt fanget opp i f.eks. FoU-statistikken, men uten at den lar seg spesifisere i særlig grad. Gjennom samhandlingsreformen, en ny, samlet lovgivning for kommunale helse- og omsorgstjenester og HelseOmsorg21-prosessen bør imidlertid dette bildet være i endring.

Det har over lengre tid vært et mål å øke forskningsaktivitet relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene har imidlertid ikke noe eget ansvar for å utføre forskning eller ha egne dedikerte FoU-utførende institusjoner, men skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for egne tjenester. De medisinske fakultetene ved Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetet (NTNU) og Universitetet i Tromsø (UiT) i tillegg til flere høyskoler har forskningsmiljøer som er innrettet mot kommunale helsetjenester. I tillegg er opprettelsen av statlig finansierte Allmennmedisinske forskningsenheter i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø eksempler på initiativer i denne sammenheng. Helseprofesjonene bidrar også med midler for å fremme forskning innenfor sine virksomhetsområder. Allmennmedisinsk Forskningsfond er et eksempel. Fysioterapeutenes Fysiofond er et annet. Sistnevnte har hatt en ambisjon om å utvikle modeller for hvordan forskning i primærhelsetjenesten kan skje. Forskningsrådets utlysning av *Offentlig sektor ph.d.* er også en viktig satsing, selv om ordningen er bred og ikke eksplisitt rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Generelt dekkes kommunenes FoU-behov gjerne gjennom samarbeid med eller bestilling av tjenester fra nasjonale eller regionale forskningsmiljøer.

På denne bakgrunn ga Forskningsrådet NIFU i oppdrag å kartlegge forskning og forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet med prosjektet var fra oppdragsgiver en utvidelse av tidligere kartlegginger. Oppdraget skulle derfor ifølge utlysningen for det første inneholde en kartlegging og analyse av ressurser til og resultater av FoUI rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne delen tilsvarer i utgangspunktet oppdraget NIFU gjorde for Forskningsrådet i 2016. Begge deler er imidlertid metodologisk utfordrende, og målet var å forbedre og videreutvikle analysene for å gjøre dem enda mer dekkende.

For det andre skulle det inngå en kartlegging og analyse av kommunenes FoUI-arbeid, samt forhold som fremmer og hemmer kommunenes involvering i slikt arbeid. Denne kartleggingen skulle omfatte kommunenes erfaringer med FoUI-arbeid knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Oppdragsgiver skriver samtidig i utlysningen at det er ønskelig at kartleggingen skal kunne gjentas med jevne mellomrom. Vi oppfatter at dette er ønskelig på begge delene av prosjektet. Oppdragsgiver ønsker også en vurdering av hvordan kommuner kan lære av hverandre, for eksempel fra gode eksempler.

1.1.1 NIFU-kartlegging 2016

NIFU gjennomførte i 2016 en kartlegging av ressurser til og resultater av FoUI rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. FoU-begrepet bygger på

internasjonale retningslinjer utviklet gjennom OECD og nedfelt i den såkalte Frascati-manualen (OECD 2015). I norsk oversettelse er FoU definert som (se f.eks. NIFU og SSB 2015:81ff):

- Kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.

FoU deles gjerne inn i grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid. At aktiviteten som element i FoU må inneholde et erkjennbart element av nyskapning eller reduksjon av vitenskapelig eller teknologisk usikkerhet. Usikkerhet foreligger når løsningen på et problem ikke er åpenbar for en som kjenner den grunnleggende kunnskapen og teknikkene på området

Statistisk sentralbyrå definerer i sine innovasjonsundersøkelser begrepet på følgende måte (NIFU og SSB 2015:157ff):

- Innovasjon er basert på resultater av enten ny teknologisk utvikling, nye kombinasjoner av eksisterende teknologi eller utnyttelse av annen kunnskap ervervet av foretaket. Dette omfatter FoU, men også annen aktivitet.

Innovasjon ble der inndelt i produktinnovasjon, prosessinnovasjon og organisasjonsinnovasjon, og dekker dermed mer enn rent teknologisk nyskapning. Det var denne forståelsen av begrepene forskning, eller FoU, og innovasjon som ble lagt til grunn i undersøkelsen.¹ Blant funnene i rapporten var følgende:

- Norske miljøer publiserte totalt 1066 vitenskapelige artikler knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014.
- Den årlige publiseringsaktiviteten økte jevnt fra om lag 50 artikler i 2004 til 200 i 2014.
- I 2014 utgjorde dette om lag 2,5 prosent av samlet vitenskapelig publisering innenfor medisin og helsefag.
- Samlet FoU-innsats knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester beløp seg til vel 840 millioner kroner i 2015, hvorav enheter dekket av FoU-statistikken stod for om lag 97 prosent.
- FoU-aktiviteten har i stor grad anvendt karakter. Bare 10 prosent ble karakterisert som grunnforskning.
- FoU-aktiviteten finansieres i stor grad av Helse- og omsorgsdepartementet og i liten grad med kommunale midler.

¹ En nærmere redegjørelse og drøfting av begrepene forskning og utviklingsarbeid og innovasjon finnes i Vedlegg 3 til denne rapporten.

Undersøkelsen er fulgt opp av NIFU ved at enkelte undersøkelsesenheter som ikke var dekket i 2015-statistikken ble tatt med i 2017. Det er imidlertid ikke gjennomført noen systematisk oppfølging med sikte på å oppdatere materialet om ressurser til og resultater av forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) konkluderte i sin sluttrapport i 2019 med at det er behov for et bedre og oppdatert kunnskapsgrunnlag om forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

I arbeidet med å styrke kunnskap om forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, så vi 2016-kartleggingen som et naturlig utgangspunkt både når det gjaldt begrepsforståelse og analyseopplegg.

1.1.2 Endringer knyttet til pandemisituasjonen i 2020

Etter planen skulle prosjektet altså dekke både ressursinnsats til og resultater av FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester og sånn sett tilsvare 2016-kartleggingen. I tillegg skulle det foretas en kartlegging av kommunenes egne erfaringer med FoUI-arbeid på feltet.

Pandemisituasjonen utover i 2020 nødvendiggjorde imidlertid endringer i prosjektplanen. Henvendelsen om ressurskartleggingen var ikke sendt ut da pandemisituasjonen inntrådte. Den ble i samråd med oppdragsgiver avlyst, for å unngå den tilleggsbelastning den ville innebære for helseforetak og andre forskningsutførende enheter. I samråd med oppdragsgiver ble ressursene til denne delen av oppdraget omdisponert til en utvidelse av resultatdelen, med sikte på videreutvikling og forbedring av metodiske og datamessige sider ved analysen, også med sikte på å legge til rette for å gjenta slike undersøkelser med jevne mellomrom.

Spørreskjemadelen av kartleggingen av kommunenes involvering i FoUI-arbeid var allerede i gang ved pandemiutbruddet. Den ble besluttet gjennomført, men prosjektplanen ble justert. Kartleggingsperioden ble utvidet og det ble gjennomført flere purringer til kommunene. Dette ga naturlig nok en viss forsinkelse i forhold til opprinnelig plan. Til tross for disse tiltakene ble svarprosenten svært lav. Bare 20 prosent av kommunene besvarte surveyundersøkelsen; se nærmere under pkt. 1.4 nedenfor.

1.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Analysen skal dekke forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse omtales også som primærhelsetjenester eller førstelinjetjenester. Begrepene brukes i denne rapporten synonymt. I henhold til Lov om

kommunale helse- og omsorgstjenester² har kommunen ansvar for alle pasient- og brukergrupper som oppholder seg i kommunen, herunder personer med somatisk og eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunene har også ansvar for helsefremmende og sykdomsforebyggende tjenester og skal samarbeide og samhandle med spesialisthelsetjenesten om koordinering av tjenester og pasientforløp. Blant de største tjenesteområdene kan nevnes fastlegetjenesten, legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnenheter, sykehjem, pleie- og omsorgstjenester i hjemmet, fysioterapitjenester, helsestasjon- og skolehelsetjenester og tannhelsetjenester.

Kommunene skal etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester medvirke til og tilrettelegge for forskning for egne tjenester, og plikter dessuten å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, inkludert etter- og videreutdanning. Dette kommer vi nærmere inn på i det følgende, der vi også gjentar noen hovedpunkter fra 2016-rapporten.

1.2.1 Nærmere om formelle rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester er definert og regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).³ Loven trådte i kraft i 2012 og erstattet den tidligere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I den nye loven ble det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester opphevet. Lovendringen hadde sin bakgrunn i en rekke offentlige utredninger og kan ses som en oppfølging og formalisering av sider ved samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen skal overordnet sett bidra til å «reduere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.». Reformen har blant annet følgende mål:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.⁴

² LOV 2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet.

³ LOV-2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁴ Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 25.

Lovens formål er særlig å (§ 1.1):

forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Om lovens virkeområde (§ 1.2) heter det: Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

Loven fastsetter kommunenes ansvar som er å «sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester [...] for alle pasient- og brukergrupper», og omfatter «offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.» Tjenestene «kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlig eller private tjenesteytere» (§ 3.1).

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
 - d. psykososial beredskap og oppfølging
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støt-
tekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem
7. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

I tillegg kommer enkelte andre pasient- og brukergrupper, blant annet fengselsinnsatte (§ 3.9). Det har også, blant annet i forbindelse med lovprosessen vi har omtalt over, vært diskusjon om tannhelsetjenestens organisering i dette bildet.

Loven setter også krav til forsvarlighet i tjenesteytingen, gjennom krav om et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud for den enkelte pasient eller bruker (§ 4.1).

I denne forbindelse kreves det at kommunene ved kommunestyret skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i regionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer (§ 6.1). Dette kan ses som et virkemiddel for å understøtte og realisere målene i samhandlingsreformen.

1.2.2 Forskningens rolle

Loven stiller krav om tilstrekkelig fagkompetanse og systematisk kvalitetsarbeid (§ 4.1 og 4.2). Foruten krav til kommunenes rolle i utdannings- og opplæringstiltak, konkretiseres dette i en egen bestemmelse om forskning (§ 8.3):

Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er altså ikke noe lovpålegg om forskning i sektoren, for eksempel i regi av den enkelte kommune, men kommunen skal bidra ved å legge til rette for slik aktivitet.

Det konkretiseres ikke eksplisitt hvordan dette skal gjøres, men «samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid» (§ 6.2) trekkes fram som ett av 11 eksplisitte minimumskrav til hva avtaler med de regionale helseforetakene skal inneholde; jf. over.

I lovens forarbeider er imidlertid forskning drøftet nærmere, og stortingsproposisjonen har viet temaet et eget kapittel. Her vises det til blant annet samhandlingsreformens mål om «økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, helhetlige pasientforløp og en styrket kommunal helse- og omsorgstjeneste» (s.282) og det derav følgende behovet for ny kunnskap og forskningens rolle i den forbindelse. Her konstateres det at forskning «om, for og i den kommunale helse- og omsorgssektoren skjer i hovedsak i forskningsinstitusjonene eller i samarbeid med disse». Forskningen utføres i hovedsak «av helsepersonell som har kombinert sin praksisutøvelse med en vitenskapelig karriere, og som er tilknyttet universitets- og høyskolesektoren» (s.282).

I proposisjonen drøftes ulike måter å få kommunene involvert i forskning på. Noe pålegg om at kommunene selv skal drive forskning slik som spesialisthelsetjenesten, ble ikke foreslått, selv om muligheten ble trukket fram av flere høringsinstanser. Begrunnelsen var at norske kommuner er små og vanskelig vil «kunne sette av eller skaffe til veie nødvendig kompetanse og ressurser til forskning» (s. 284). Man nøyde seg med å foreslå en plikt for kommunene til å bidra og medvirke til forskning, og en plikt til å inkludere omtale av tiltak knyttet til forskning og forskningssamarbeid i avtaler med spesialisthelsetjenesten for å synliggjøre forskningsaktiviteten. Dette ble, som vi så over, vedtatt.

I proposisjonen blir det riktignok også drøftet om en tilsvarende plikt til å inngå samarbeidsavtaler skulle gjelde forholdet til universiteter og høyskoler og andre forskningsinstitusjoner. Begrunnelsen her var at kommunene «bør stå fritt til selv å vurdere hvordan medvirkningsansvaret til forskning skal organiseres og videreutvikles» (s. 284ff).

Virkelig fart på diskusjonen om forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er det blitt i forbindelse med prosessene rundt HelseOmsorg21-strategien.

1.2.3 HelseOmsorg21

I HelseOmsorg21-strategien går man inn for å styrke forsknings- og innovasjonsinnsatsen i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester. Strategien ble fremlagt i en rapport i 2014 med undertittelen «Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg». Her fremstår et kunnskapsløft for kommunene som et av ti satsingsområder og en av fem hovedprioriteringer. Kunnskapsløftet må omfatte forskning og innovasjon

både for, i, med og på kommunene. Det må være langsiktig og basert på kvalitet og samarbeid med forsknings-aktørene, spesielt universitets- og høyskolesektoren (s.14). Dessuten inngår deltakelse i utdanning og bidrag til næringsutvikling i et slikt kunnskapsløft.

I HelseOmsorg21-strategien pekes det på at inntekts- og befolkningsvekst har bidratt til stor aktivitetsvekst og stor utbygging av de kommunale tjenestene, også på helseområdet. Denne samfunnsutviklingen og samhandlingsreformen har gitt kommunene store og utfordrende oppgaver, uten at det har vært fulgt opp med adekvat satsing på relevant helseforskning.

HelseOmsorg21 foreslår at kunnskapsløftet iverksettes ved at ansvaret for forskning for en samlet kommunal sektor realiseres gjennom regionale samarbeidsløsninger, en statlig basisfinansiert instituttsektor kombinert med midler til en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. En opptrapping av grunnfinansieringen til en slik satsing må sikres i første omgang til 0,2 %, og på sikt 1 % av kostnadene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Deler av dette må finansieres gjennom kommuneøkonomien ved å:

- etablere nye regionale samarbeidsorganer for kommunene.
- etablere en instituttstruktur/-sektor for kommunene.
- etablere og finansiere en bred innovasjonsarena for kommunesektoren.
- utvikle et system for og finansiering av praksisplasser for studenter innenfor relevante profesjonsutdanninger i kommunene.

Forskningsrådet forventes og gis mulighet til å bidra til finansiering av forskning for, i og med og på kommunene på deres ansvarsområder for å sikre kvalitet i det nye forskningssystemet for kommunene. Dette er kritisk viktig i en oppbyggingsfase. Dette ventes å bidra til:

- Effektive kommunale helse- og velferdstjenester og kommunalt folkehelsearbeid av høy kvalitet.
- En helt nødvendig forskyving av innsatsen i helsetjenestene fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjeneste og omsorg.
- Et godt kunnskapsgrunnlag for kommunenes politiske rolle og administrative oppgaver.
- Et godt grunnlag for å utvikle samarbeidet med næringslivet og frivillige organisasjoner om løsning på forebyggings-, helse- og omsorgsutfordringene.
- Det blir attraktivt for høyt kompetente fagfolk å arbeide i kommunene og for høyt kompetente forskere å forske sammen med kommunene om kommunenes forebyggings-, helse- og omsorgsutfordringer.
- Styrket samarbeid om kommunenes utfordringer.
- Etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester.

- Utvikling av forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten etter modell fra fungerende nettverk i utlandet.

I handlingsplanen (2015) for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien foreslås også en rekke tiltak (s. 26), hvorav flere kvitteres ut som «gjennomført» i statsbudsjettet for 2020. Tiltaket å «bygge eit kunnskapssystem for forskning retta mot dei kommunale tenestene» er imidlertid fortsatt «i prosess». Det er heller ikke etablert noe rapporteringssystem som gjør det mulig å følge mønstre og utvikling i kommunenes forsknings- og innovasjonsaktivitet systematisk over tid, selv om det er gjennomført enkelte kartlegginger. Slike systemer finnes f.eks. for spesialisthelsetjenesten.

1.2.4 Forskningsutførende enheter

Noen forskningsinstitutter og -enheter har primærhelsetjenesten og/eller kommunale omsorgstjenester og deres pasienter og brukere som utgangspunkt og/eller primært mål for forskning, mens andre har dette som en del av den totale virksomheten. Institusjoner som driver slik forskning, er:

- universiteter (institutter med allmennmedisinsk, samfunnsmedisinsk, sykepleievitenskapelig og fysioterapivitenskapelig kompetanse, samt ernærings-, psykologiske og odontologiske enheter)
- høyskoler som tilbyr sykepleie- og/eller fysioterapiutdanning, herunder sentrene for omsorgsforskning
- forskningsinstitutter med medisinsk og helsefaglig forskning innrettet mot primærhelsetjenesten
- eksternt finansierte forsknings- og kompetanseenheter/-sentra lagt til UoH- eller instituttsektoren og som er innrettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester
- enkelte enheter/miljøer ved helseforetak
- kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten som er innrettet mot kommunenes behov, inkludert kommunale utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.

Eksempler på det siste er Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP). 2016-kartleggingen viste at det fantes et betydelig antall kunnskaps- og kompetansesentra både i og utenfor universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter og helseforetak med virksomhet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er også klare indikasjoner på at denne typen enheter øker i antall og omfang.

I det følgende redegjør vi nærmere for datamateriale, metoder og analyser i rapporten, først publiseringsanalysen (1.3) og deretter kommunekartleggingen

(1.4). På grunn av pandemisituasjonen i 2020 ble prosjektet, som nevnt, begrenset til to kartlegginger. Den ene er en publiseringsanalyse. Vi bygger her på erfaringer fra 2016-kartleggingen, og har prøvd å forbedre og videreutvikle metoden som ble benyttet der. Den andre er en kartlegging av kommunenes erfaringer med å identifisere, realisere, gjennomføre og anvende resultater fra pågående og avsluttede FoUI-aktiviteter i helse- og omsorgstjenestene. I det følgende gjennomgår vi opplegget for de to kartleggingene.

1.3 Nærmere om publiseringsanalysen

For å belyse resultatet av forskningen relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester, er det gjennomført en analyse av vitenskapelig publisering. Målsetningen med analysen er å si noe om omfanget av denne forskningen, slik det fremkommer gjennom antall vitenskapelige publikasjoner. Analysen gir blant annet informasjon om hvem som utfører forskningen, samarbeidsstrukturer og tematisk profil.

Analysene er basert på tre bibliometriske databaser. Den ene er den såkalte *Cristin-databasen*. Institusjonene i universitets- og høyskolesektoren, helseforetakene og de fleste instituttene i instituttsektoren registrerer deres vitenskapelige publisering i denne databasen. Dette dreier seg om publikasjoner i kanaler akkreditert som vitenskapelige og som gir uttelling de resultatbaserte finansieringssystemene i Norge.

Den andre er *Web of Science databasen*. Denne inneholder mange tusen spesialiserte og multidisiplinære vitenskapelige tidsskrift med fagfelleevaluering, inkludert alle de viktigste internasjonale tidsskrifter.

Den tredje er Nasjonalbibliotekets database, *Norart*. Denne databasen dekker norske tidsskrifter, blant annet, *Tidsskrift for den norske legeforening*, *Tidsskrift for Norsk psykologforening* og *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*.

Ved å kombinere de tre databasene, får vi dekket både internasjonale og norske publiseringskanaler, inklusive bøker. Som nevnt ovenfor er komplette data over vitenskapelig publisering tilgjengelig gjennom Cristin-databasen for enhetene i UH-sektoren, helseforetakene og de fleste instituttene i instituttsektoren. Næringslivet og øvrig offentlig sektor omfattes ikke av det nasjonale målesystemet for vitenskapelig publisering. Likevel registreres eksternt medforfatterskap, for eksempel med primærhelsetjenesten, også i Cristin. I Web of Science og Norart databasene vil også artikler fra enheter som ikke anvender Cristin være indeksert. Ved å benytte disse to databasene er dermed mulig å få et godt datagrunnlag også for enheter som ikke benytter Cristin-databasen. På denne måten lar det seg også gjøre å identifisere hvor mye av forskningen i form av publisering som er utført i tjenestene eller som involveres samarbeid med tjenestene.

1.3.1 Definisjon og avgrensing av forskningsfeltet

I Forskningsrådets utlysning for prosjektet ble det beskrevet at kartleggingen skal dekke FoU *rettet mot* kommunale helse- og omsorgstjenester. I utlysningen brukes også formuleringen FoU *knyttet til* kommunale helse- og omsorgstjenester. Hva dette omfatter, ble spesifisert på følgende måte:

FoU knyttet direkte til innhold, praktisering, organisering og styring av de kommunale tjenestene er opplagt relevant. Det samme gjelder klinisk forskning som utføres innenfor primærhelsetjenesten. Videre omfatter det forskning om samhandling mellom tjenestenivåene (om f.eks. pasientforløp) og forskning begrunnet i Samhandlingsreformen. Forskning om sykdomsforebygging og helsefremming knyttet til kommunale ansvarsområder er også inkludert. Videre vil forskning som understøtter innovasjoner knyttet til tjenester, produkter og prosesser som inngår i de kommunale tjenestene være inkludert.

Fagfeltet er dermed avgrenset mye videre enn til bare å omfatte forskning utført i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi legger til grunn at kartleggingen også skal omfatte forskning som er relatert til de kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette vil omfatte forskning innen en rekke ulike fag, slik som klinisk medisin, samfunnsmedisin, psykologi og sosialforskning. Punktet om *forskning som understøtter sykdomsforebygging og helsefremming knyttet til kommunale ansvarsområder*, er imidlertid problematisk å forholde seg til. I prinsippet vil en betydelig mengde forskning innen fagene spesifisert ovenfor kunne ha relevans i denne sammenheng, og det er vanskelig å vurdere hvorvidt forskningen faktisk har slik relevans. Alternativet med å inkludere all forskning om sykdomsforebygging og helsefremming, ville gjøre at fagfeltet avgrenses svært bredt, og på en måte som neppe er forenelig med den overordnede problemstillingen i prosjektet. Vi har derfor valgt å utelate forskning om sykdomsforebygging og helsefremming med mindre denne spesifikt er relatert til eller adresserer de kommunale helse- og omsorgstjenester eller primærhelsetjenesten mer generelt.

Merk også at i forrige kartlegging ble alle publikasjoner med adresse fra kommunale primærhelsetjenestemiljøer inkludert (f.eks. kommunale helse- og velferdsetater, legesentre, helsestasjoner), uavhengig av om disse hadde primærhelsetjenesterelevans eller ikke. Det er ikke tilfellet i denne kartleggingen. Det kan derfor være noen artikler fra disse miljøene som ikke fanges opp fordi de har et annet tema enn det som kartlegges i denne undersøkelsen. Som både den forrige og denne kartleggingen viser, er likevel antall publikasjoner fra disse miljøene nokså begrenset, så dette har ikke stor praktisk betydning.

1.3.2 Metode

Forskning om kommunale helse- og sosialtjenester er ikke en etablert bibliometrisk fagkategori eller et fagfelt som enkelt kan defineres gjennom spesialtidsskrifter viet til temaet. Til den forrige kartleggingen ble det derfor laget en egen metode for avgrensning av feltet bibliometrisk. I etterkant av prosjektet kom det tilbakemeldinger om at denne metoden var problematisk og ikke dekket feltet i tilstrekkelig grad. Til den foreliggende kartleggingen er det derfor utviklet en ny metode, som er nærmere beskrevet nedenfor. Det er lagt ned et stort arbeid for å utvikle en så treffsikker metode som mulig. Her har vi involvert ekspertgruppen til prosjektet og fått innspill underveis. Videre er metoden testet og videreutviklet gjennom å sjekke at den fanger opp de relevante publikasjonene til en del sentrale enheter innen feltet. Her innhentet vi data over den totale publiseringen ved enhetene, så testet vi hvor mange av publikasjonene som ble identifisert ved bruk av søkeordene. Relevansen til publikasjonene som ikke ble fanget opp, ble vurdert. Hvis de hadde relevans, ble nye spesifikke søkeord lagt til listen slik at også disse ville fanges opp i de automatiserte søkene. Videre ble publikasjonene som ga treff tilsvarende vurdert i forhold til å gi falske positive treff.

Resultatene i form av publikasjonslister er likevel ikke validert av de forskningsutførende enhetene. Selv om en slik validering kunne vært nyttig, ville prosessen være arbeidskrevende og føre til stor respondentbelastning. I tillegg ville den innebærer skjønnsmessige vurderinger knyttet til avgrensning av fagfeltet som vil kunne variere blant enhetene.

Den nye metoden identifiserer et betydelig større antall publikasjoner enn det som var tilfellet med metoden brukt i den forrige kartleggingen. Resultatene i denne rapporten er derfor ikke sammenlignbare med dem som ble presentert i forrige rapport (Wiig, Rørstad og Børing 2016). Derfor inngår heller ikke slike sammenligninger i rapporten. Den foreliggende analysen dekker imidlertid en periode på 10 år, slik at det er mulig å analysere utviklingen over tid.

I Web of Science database er alle publikasjoner klassifisert på fagfelt etter hvilke tidsskrifter de er publisert i. Det finnes en egen kategori for *Primary Health Care*. Denne dekker 17 sentrale tidsskrifter innenfor primærhelseområdet og allmennmedisin. Norske artikler i disse tidsskriftene er vurdert å falle inn under fagfeltet, i tillegg til artikler i noen andre tilsvarende tidsskrifter som ikke er dekket av Web of Science databasen.⁵

⁵ Omfatter samlet følgende tidsskrifter: *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, *Annals of Family Medicine*, *BMC Family Practice*, *British Journal of General Practice*, *Canadian Family Physician*, *Education for Primary Care*, *European Journal of General Practice*, *Family Medicine*, *Family Medicine and Primary Care Review*, *Family Practice*, *Journal of Primary Care and Community Health*, *Journal of The American Board Of Family Medicine*, *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, *Primary Care Diabetes*, *Primary Care Respiratory Journal*, *Primary Health Care Research and Development*, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *Tidsskriftet Norges barnevern*, *British Journal of General Practice Open*, *Quality in Primary Care*.

Imidlertid blir kun en liten del av den norske forskningen i fagfeltet publisert i tidsskriftene klassifisert innen *Primary Health Care*. For å fange opp publisering utenfor disse tidsskriftene, er det utviklet en metode basert på fagspesifikke søketermer. Metoden er basert på antagelsen om at publikasjonene vil inneholde ett eller flere av disse søkeordene, og at listen med ord dermed kan brukes for å avgrense feltet bibliometrisk. Dette er en metode som har vært benyttet ved tilsvarende kartlegginger av andre fagfelt både nasjonalt og internasjonalt.

Grunnlaget for metodikken er at søketermene må være så spesifikke at de kan benyttes for å avgrense forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester, på en entydig måte. Det vil si at ord som ikke er spesifikke for fagfeltet ideelt bør unngås. Videre bør ord som kan ha flere betydninger, ikke brukes. I valget av søkeord er det derfor ikke tilstrekkelig å identifisere sentrale begreper innen et felt, men ordenes egnethet som søkeord må også vurderes.

For å utarbeide en liste med relevante søkeord, ble publikasjonslistene til en del sentrale miljøer innen fagfeltet gjennomgått. Fra disse ble relevante søkeord identifisert. Siden den vitenskapelige publiseringen skjer både på engelsk og norsk (vi ser bort fra andre språk ettersom de har marginal betydning i denne sammenheng), ble listen utarbeidet på begge språk. Listen ble lagt frem og diskutert med ekspertgruppen for prosjektet. Totalt omfattet listen om lag 120 ord. Eksempler på ord som ble brukt er: primary health, primary care, home-living patient, allmennpraksis, skolehelsetjeneste, hjemmesykepleie og Samhandlingsreformen. En total oversikt over samtlige søkeord er å finne i vedlegg bakerst i rapporten.

Basert på listen med ord ble det søkt etter publikasjoner i de tre databasene. Både publikasjonstittel og sammendrag (abstract) ble brukt som grunnlag for disse søkene. Sammendrag var imidlertid bare tilgjengelig for de engelskspråklige Web of Science publikasjonene (81 prosent av publikasjonene).

Søket identifiserte imidlertid en del ikke-relevante publikasjoner. Dette skyldes bruk av ord som ikke var spesifikke nok eller entydige for forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det ble derfor gjort en supplerende kjøring for disse ordene der publikasjoner som var feilidentifisert, ble tatt ut. Til slutt ble det foretatt en manuell screening av alle publikasjonene, der en del ikke relevante artikler også ble ekskludert.

Det bør understrekes at enhver type kartlegging av spesifikke fagfelt, involverer usikkerhet. Grensen mellom ulike og tilstøtende fagfelt er flytende, og selv blant eksperter vil det ofte kunne være uenighet om hvordan gresedragningen bør foretas. Dette gjelder også kartleggingen i dette prosjektet. Det er ingen klar grense mellom primærhelsetjenesterelevant forskning og annen type forskning. Fordelen med metoden anvendt her, er at den er konsistent på tvers av fag og institusjoner, i motsetning til hva som kan være tilfellet hvis den involverer skjønnsmessige vurderinger hos enkeltpersoner eller enkeltmiljøer. Samtidig er det

vanskelig å unngå at enkelte relevante publikasjoner ikke fanges opp eller at noen ikke-relevante publikasjoner kommer med. Selv om metoden har begrensinger, mener vi den fungerer bra på makronivå, dvs. analyser av nasjonale publiseringsmønstre.

Av mer spesifikke feilkilder vil vi trekke frem at det ikke har vært mulig å skille mellom publikasjoner relatert til den kommunale delen av legevaktjenesten og den som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Dette har imidlertid liten betydning i praksis. Tilsvarende har det ikke vært mulig å skille ut den kommunale delen av barnevern og barnevernstjenesten fra den som er knyttet til et fylkeskommunalt eller statlig nivå. Alle publikasjoner innen disse områdene vil derfor være inkludert.

Metoden som er anvendt identifiserer publikasjoner uavhengig av fagfelt. Resultatene viser også at det forekommer relevant forskning fra humaniora på den ene siden til teknologi på den andre, selv om hoveddelen naturlignok utgjøres av medisinsk og helsefaglig forskning. Av eksempler på forskning som dekkes av studien kan følgende nevnes:

- Samfunnsvitenskapelig forskning på primærhelsetjenesten/kommunale helse- og omsorgstjenester/
- Medisinsk og helsevitenskapelig forskning relatert til sykdommer og behandling i primærhelsetjenesten/kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forskning basert på data fra pasienter rekruttert fra primærhelsetjenesten/ kommunale helse- og omsorgstjenester, f.eks. fastlege eller sykehjem.
- Forskning relatert til yrkesutøvelse, praksis og pasientkontakt i primærhelsetjenesten/kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forskning om teknologi, innovasjoner og produkter som er relatert til primærhelsetjenesten/kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Omsorgsforskning og forskning relatert til omsorgstjenester

1.3.3 Analyser

Analysen omfatter perioden 2010-2019. Cristin-data foreligger bare for perioden 2011-2019, derfor er tallene for 2010 noe ufullstendige og omfatter bare publisering i internasjonale tidsskrifter (data fra Web of Science). Hovedfokuset er på den siste treårsperiode (2017-2019).

Basert på oppførte forfatteradresser er det laget indikatorer over antall publikasjoner per sektor og institusjoner. Videre er det innhentet data over blant annet publiseringsspråk, oppførte finansieringskilder, publiseringskanal og fagfelt. På

denne måten er det mulig å belyse ulike aspekter ved norsk forskning innen fagfeltet.

1.4 Nærmere om kartlegging av erfaringer i kommunal sektor

Hensikten med å gjennomføre en kartlegging om ulike aspekter ved FoUI-arbeidet i kommunal sektor er å få innsikt i hvilke erfaringer kommunene har med å identifisere, realisere, gjennomføre og anvende resultater fra pågående og avsluttede FoUI-prosjekter i helse- og omsorgstjenestene. Kartleggingen har bestått av en spørreundersøkelse sendt ut til alle landets kommuner, supplert med kvalitative intervju med et utvalg kommuner. De sentrale temaene som er kartlagt er følgende: i) Hvordan kommunene identifiserer sine kunnskapsbehov, ii) Hvordan kunnskapsbehov utvikles til konkrete prosjekter i kommunene, iii) Hvordan FoUI-arbeidet gjennomføres med kommunen som aktiv partner, iv) Hva som stimulerer og begrenser FoUI-arbeidet i kommunene og til slutt, v) Hvordan kommunene bruker resultatene fra FoUI-arbeidet som utføres.

1.4.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden mars til mai 2020. Det ble sendt ut invitasjoner til alle landets kommuner (n=356), og av disse deltok 72 kommuner. Deltagelsen var på om lag 20 prosent av kommunene. Selv om deltakelsen er relativt lav, så finner vi ingen systematiske skjevheter i gruppen av kommuner som svarte på spørreskjemaet i forhold til totalpopulasjonen. Dette med hensyn til størrelse, geografisk plassering eller om det er en by- eller landkommune. En mulig skjevhet som vi likevel ikke kan utelukke, er at det er sannsynlig at de som har svart, er de som er mest opptatt av FoUI.

Det er viktig å påpeke at datainnsamlingsperioden ble forlenget grunnet covid-19-pandemien. De kommunale helse- og omsorgstjenestene var under særlig press, og oppfølgingen av respondenter i kommunene ble satt på vent til mai måned. I alt ble det sendt ut tre påminnelser om å svare på spørreundersøkelsen. I hvilken grad pandemien har ført til at vi har mottatt et lavere antall svar enn forventet i en slik kartlegging, er vanskelig å underbygge, men det er sannsynlig at dette er tilfelle. Uansett bør naturligvis resultatene av en undersøkelse med såpass lav svarprosent tolkes med en viss forsiktighet. Sammen med informasjon fra intervjumaterialet gir imidlertid materialet interessant informasjon om kommunenes aktivitet på området. Vi kan ikke utelukke at svarprosentene kunne vært høyere hvis datainnsamlingsperioden hadde blitt forlenget, men dette var ikke mulig pga. oppdragssituasjonen.

1.4.2 Kvalitative intervjuer

De kvalitative intervjuene ble gjennomført i perioden mars til juni 2020. Totalt 12 intervjuer ble gjennomført. I én kommune ble det gjennomført to intervjuer, ett med helsesjef og ett med FoUI-kontakt.

De 11 kommunene som ble intervjuet var:

- Arendal
- Bergen
- Bremanger
- Haugesund
- Holmestrand
- Karasjøk
- Kristiansund
- Stavanger
- Steinkjer
- Trondheim
- Øygarden

Kommuner ble valgt ut delvis etter forhåndskunnskap om kommunenes innsats innenfor FoUI og delvis fordi de i spørreundersøkelsen oppga at de var villige til å la seg bli intervjuet. 6 av de 11 intervjuede kommunene deltok også i spørreundersøkelsen. Kommunene som ble intervjuet er spredt over hele landet, og omfattet både små og store kommuner. De kommunene som er intervjuet er ikke et representativt utvalg blant norske kommuner, men kan være rimelig representative for de som faktisk arbeider med FoUI. At vi på forhånd visste at kommunene arbeidet med FoUI og at de var villige til å la seg intervjuer har sannsynligvis ført til at de kommunene vi har snakket med ligger ganske langt fremme med hensyn til FoUI-aktivitet. Samtidig var det et mål med intervjuene å få til en dialog med kommuner som hadde høstet reelle erfaringer med FoUI-arbeid. Det var dermed ønskelig å snakke med kommuner som hadde disse erfaringene.

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide med følgende temaer:

- Hva gjør kommunen i dag når det gjelder FoU og Innovasjon og hvilke planer har kommunen framover
- Omfanget og innhold i kommunene samarbeid med FoUI-miljøer
- Samarbeid med andre kommuner
- Veien fra opplevde behov til prosjekt
- Hvordan finansieres prosjektene?
- Hvilke faktorer er viktigst for å lykkes?
- Hvilke hindringer har dere opplevd?

- Hva er motivasjonen for og mulig nytte av FoUI?
- Hvordan nyttiggjøre seg resultatene?

Intervjuene ble gjennomført over telefon eller ved bruk av Teams.

1.5 Om denne rapporten

I kapittel 1 redegjør vi for bakgrunnen for prosjektet, sentrale begreper og data-materiale og metoder som brukes i rapporten. I kapittel 2 gjennomgår vi resultater av publiseringsanalysen. En oversikt over søkeord brukt i analysen finnes i Vedlegg 2. I kapittel 3 redegjør vi for resultater av kartleggingen av kommunenes engasjement på FoUI-området, dvs. surveyundersøkelsen og intervjumaterialet. Spørreskjemaet som ble sendt til kommunene er gjengitt i Vedlegg 1. Vedlegg 3 inneholder en mer detaljert redegjørelse for og drøfting av definisjonene forskning og utviklingsarbeid (FoU) og innovasjon.

2 Forskningsresultater – vitenskapelig publisering

Vitenskapelig publisering er i denne rapporten benyttet som resultatindikator for FoU-aktiviteten innenfor feltet kommunale helse- og omsorgstjenester. Vitenskapelig publisering dokumenterer og formidler ny kunnskap og innsikt som er det primære formålet med all forskning. Publikasjoner kan dermed sees på som er indirekte mål på kunnskapsproduksjon. Dette kapitlet gir en oversikt over publiseringssomfanget som er relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Tidsperioden vi har sett på er tiårsperioden 2010-2019, med et særlig søkelys på siste treårsperiode fra 2017 til 2019. Indikatoren eller måleenheten i analysene som er anvendt er antall publikasjoner målt som heltall, til forskjell for fraksjonerte forfatterbidrag eller publikasjonspoeng. Sistnevnte indikator benyttes ikke i analysene.

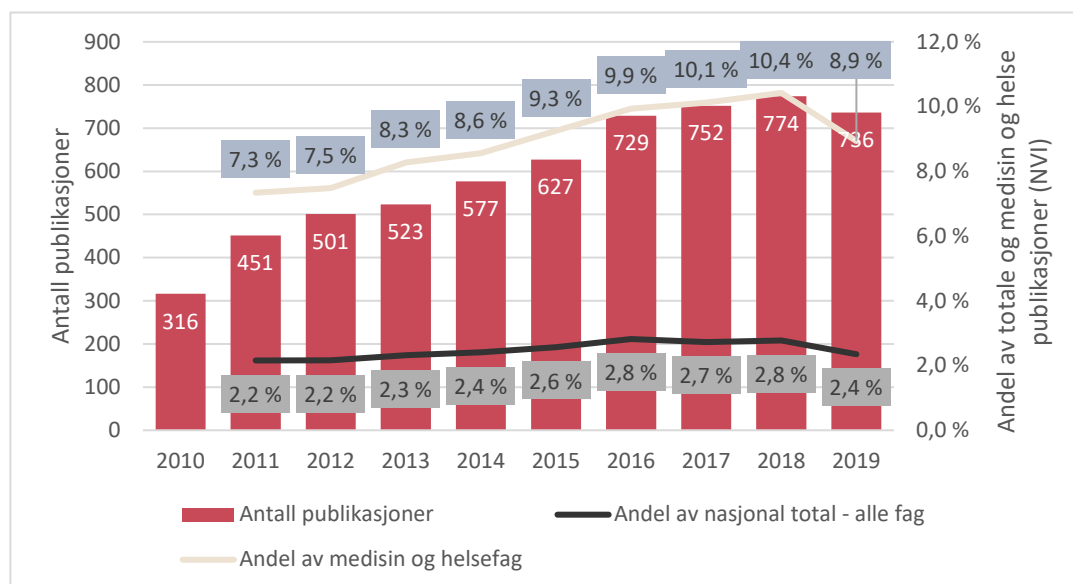
2.1 Total vitenskapelig publisering i 2010-2019

Norske forskningsmiljøer publiserte i tiårsperioden 2010 til 2019 totalt nesten 6 000 vitenskapelige publikasjoner som var relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. De norske forskningsmiljøene består av både universiteter, høyskoler, helseforetak, forskningsinstitutter, offentlige etater, kommuner og næringslivet. Blant de kommunale etatene og i næringslivet finner vi flesteparten av de kommunale tjenesteytende miljøene som for eksempel kommunale legekontorer, fastleger og offentlige og private tannleger, for å nevne noen.

Det årlige publiseringsvolumet har økt betydelig i løpet av perioden. Figuren 2.1 viser det årlige antallet publikasjoner, andelen det utgjorde av det totale omfanget av medisin og helse-publikasjoner og det totale vitenskapelige publikasjoner i Norge. Som beskrevet i metodekapitlet, er analysen basert på de tre databasene, Cristin, Web of Science og Norart. Cristin-databasen ble imidlertid først etablert i 2011, og derfor mangler data fra denne databasen for 2010. Dette innebærer blant annet at bøker og norsk-språklige publikasjoner ikke er inkludert i tallene for 2010. 2010-årgangen er derfor ikke sammenlignbar med de øvrige år. Vi har likevel valgt å inkludere årgangen for å ha en 10-års periode i analysene.

Mens 65 prosent av publikasjonene var indeksert i både Web of Science og Cristin, var en femtedel (21 prosent) kun å finne i Cristin, 12 prosent var hentet fra Web of Science og litt over 2 prosent var hentet fra Norart.

Fra 2011 til 2019 økte antall årlige publikasjoner fra om lag 450 til over 700, noe som tilsvarte en vekst på 63 prosent. Til sammenligning økte det totale norske publiseringsvolumet med 40 prosent i løpet av perioden. Området har dermed hatt en kraftigere relativ vekst enn gjennomsnittet for Norge totalt. De siste fire årene har det imidlertid vært en utflating i publiseringsomfanget og også en liten reduksjon fra 2018 til 2019. Som andel av total publisering i Norge, utgjorde dette feltet om lag 2,2 prosent tidlig i perioden, mens den var på henholdsvis 3,8 og 2,4 prosent i 2018 og 2019. Begrenses beregningen til medisin og helsefag, har andelen økt betydelig, fra å utgjøre rundt 7,5 prosent tidlig i perioden til om lag 10 prosent i slutten av perioden. Dette viser også at publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester har hatt en større relativ vekst enn medisinsk forskning for øvrig.



Figur 2.1 Vitenskapelige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester 2010*-2019. Antall og andel av medisin- og helsepublikasjoner og total norsk publisering.**

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

*) Tallene for 2010 er kun basert på Web of Science databasen og er dermed ikke sammenlignbare med dem fra de øvrige år.

**) Andelen er beregnet utfra publikasjonene som er indeksert i Cristin/NVI (86 % av totalen).

Publiseringsomfanget i den siste tiårsperioden er brutt ned etter utførende sektor og i tabell 2.1 viser vi hvordan det årlige publiseringsomfanget har utviklet seg per sektor. Til sammen bidro forskere fra en institusjon i universitets- og høyskolesektoren på til sammen 5 088 publikasjoner. Dette utgjorde 85 prosent av det totale antall publikasjoner. Videre bidro helseforetak (med og uten universitetssykehusfunksjoner) på 2 042 publikasjoner, som tilsvarer om lag 34 prosent av totale publikasjoner. Institutter i instituttsektoren bidro på 1 070 publikasjoner eller 18

prosent av det totale omfanget av publikasjoner. Kommuner og tilknyttede etater (helsestasjoner, kommunale leger, tannleger med flere) bidro på til sammen nesten 380 publikasjoner, noe som utgjorde 6 prosent av publikasjonene. Dette dreier seg altså om publikasjoner hvor kommunale enheter er oppført som forfatteradresse. Øvrig offentlig sektor hadde også en andel på 6 prosent, mens bedrifter i næringslivet bidro til 5 prosent av publikasjonene. Stiftelser og organisasjoner hadde en andel på én prosent.

På grunn av at forskningsmiljøene har samarbeidet om mange publikasjoner vil summen av hver sektors bidrag utgjøre mer enn det totale omfanget. Dette tilsier at det er et utstrakt sektorielt og institusjonelt samarbeid mellom de ulike forskningsmiljøene på dette feltet. Forskningssamarbeid som gjenspeiles i publiseringsmedforfatterskap er i og for seg vanlig i de fleste fagfelt. Institusjonelt samarbeid vil vi komme tilbake til senere i rapporten.

Tallene viser at forskningen i hovedsak drives av de etablerte forskningsinstitusjonene. Ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenester bidrar relativt lite til den vitenskapelige publiseringen. Dette skyldes trolig at de kommunalt ansatte i liten grad er fristilt til å drive forskning. Med begrenset kapasitet eller ressurser til selv å involveres, finner vi lite direkte kommunalt bidrag til forskningen. Samtidig vil kommunalt ansatte kunne ha vært involvert i forskningen, men bidraget er ikke tilstrekkelig til å danne grunnlag for medforfatterskap. Det bør også legges til at tallene for kommuner kun omfatter kommunale enheter. For eksempel vil fastleger og private sykehjem være klassifisert under næringslivet, mens Tannhelsetjenestens kompetansesentre vil være klassifisert i øvrig offentlig sektor.

Tabell 2.1 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor 2010-2019.

Sektor	2010**	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
Universitets- og høyskolesektoren	237	374	426	435	487	552	631	628	679	639	5 088
Helseforetak	107	143	195	169	197	217	231	257	259	267	2 042
Instituttsektoren	44	87	89	95	90	100	115	177	127	146	1 070
Kommuner	7	32	26	38	33	36	52	50	57	45	376
Offentlig sektor	26	38	32	41	34	38	36	41	41	36	363
Næringslivet	12	12	18	21	19	22	26	29	24	30	213
Stiftelser og organisasjoner	3	9	8	5	10	8	2	7	9	9	70
Totalt antall*	316	451	501	523	577	627	729	752	774	736	5 986

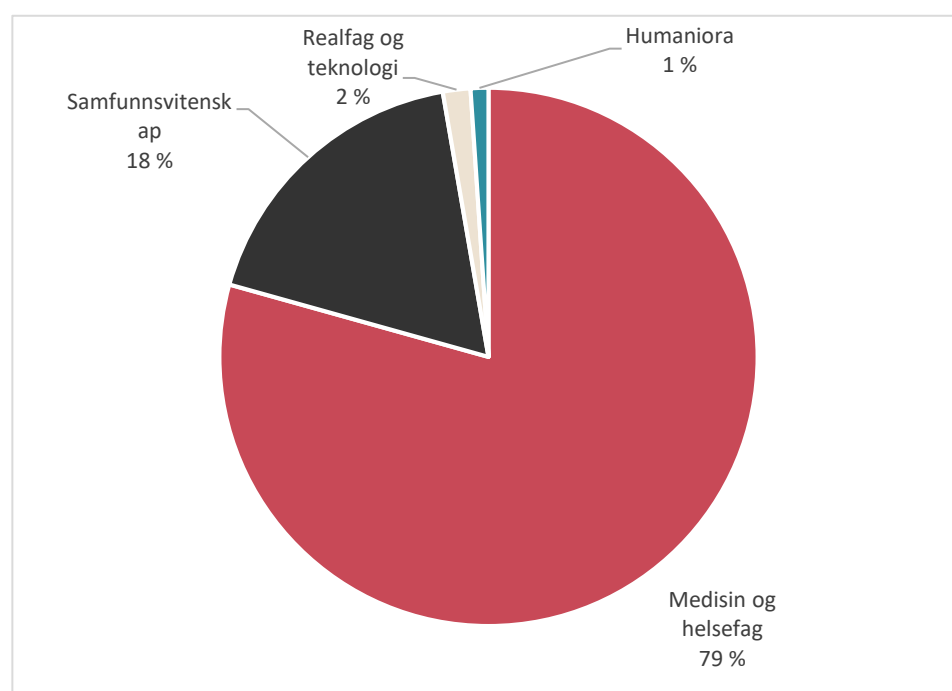
Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

*) Totalen er justert for sampublisering (unike publikasjoner) og er ikke summen av sektorenes bidrag.

**) Tallene for 2010 er kun basert på Web of Science databasen og er dermed ikke sammenlignbare med dem fra de øvrige år.

Publikasjonene i databasene Cristin og Web of Science fagklassifiseres etter tidskriftene hvor de er publisert, mens bøker og bokkapitler er manuelt fagklassifisert. Dette gjør det mulig å fordele forskningsresultatene på dette feltet etter

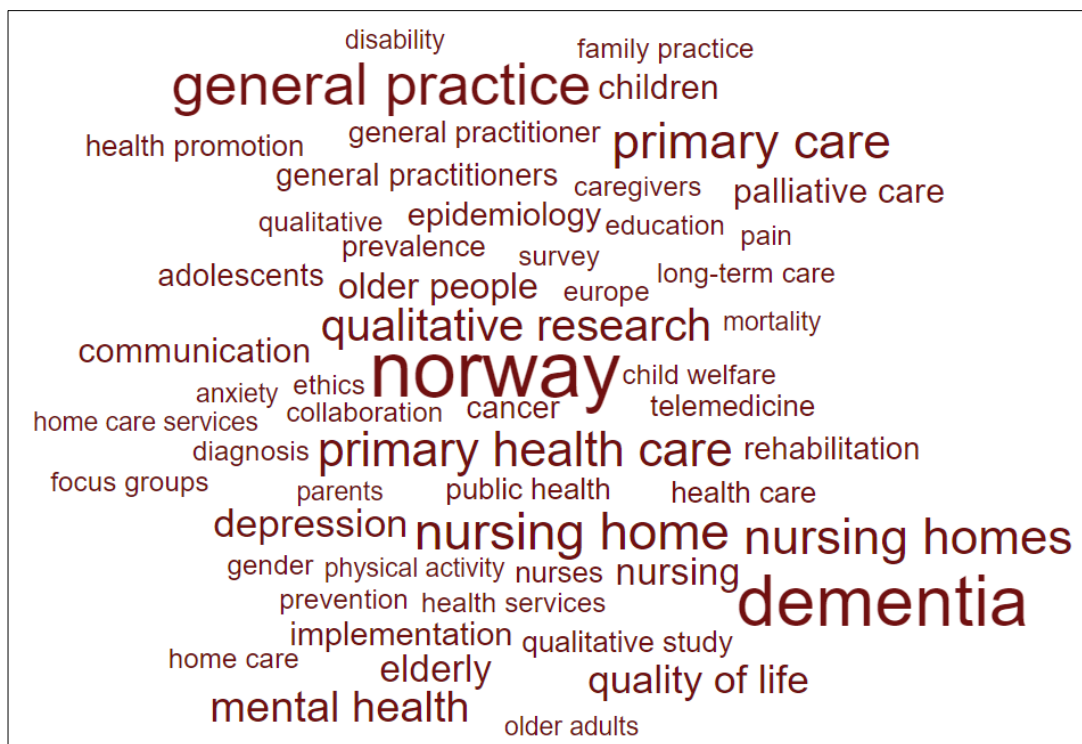
fagfelt og fagområder. Fra figur 2.2 ser vi at nesten 80 prosent av publikasjonene er klassifisert til et fagfelt tilhørende medisin og helsefag. At flesteparten av publikasjonen faller inn under det medisinske fagområdet, er nok som forventet, men ca. en femtedel av publikasjonene er innenfor samfunnsvitenskapelige fagfelt. Forskning som er klassifisert innenfor realfag og teknologi og humanistiske fag er også representert, men kun med andeler på henholdsvis to og en prosent. I kapitlet som omhandler siste års publikasjoner vil vi gå nærmere inn på publikasjonene etter fagdisiplinnivå.



Figur 2.2 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter fagområder for perioden 2010-2019 (N=5986).

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

En mer detaljert oversikt over hvilke fagfelt som er representert, presenteres i kapittel 2.2.2. For å få et bilde av hvilke tema forskningen omfatter, ble publikasjonenes nøkkelord (*key words*) identifisert. Dette er altså ord forfatterne selv oppfører som sentrale tema for publikasjonene; imidlertid foreligger slike data bare for artiklene i internasjonale tidsskrifter (Web of Science). De mest frekvente nøkkelordene er vist som en ordskey i figur 2.3. Begrep som *Norway*, *dementia*, *general practice*, *primary care*, *primary health care* og *nursing home*, er noe større enn mange av de andre ordene, og indikerer dermed at disse er mer frekvent benyttet som nøkkelord er de øvrige. Ordskeyen fungerer også en som liten kvalitetskontroll for metoden som er benyttet for å avgrense feltet, ved at emneordene som er gjengitt dekker mange tema relatert til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

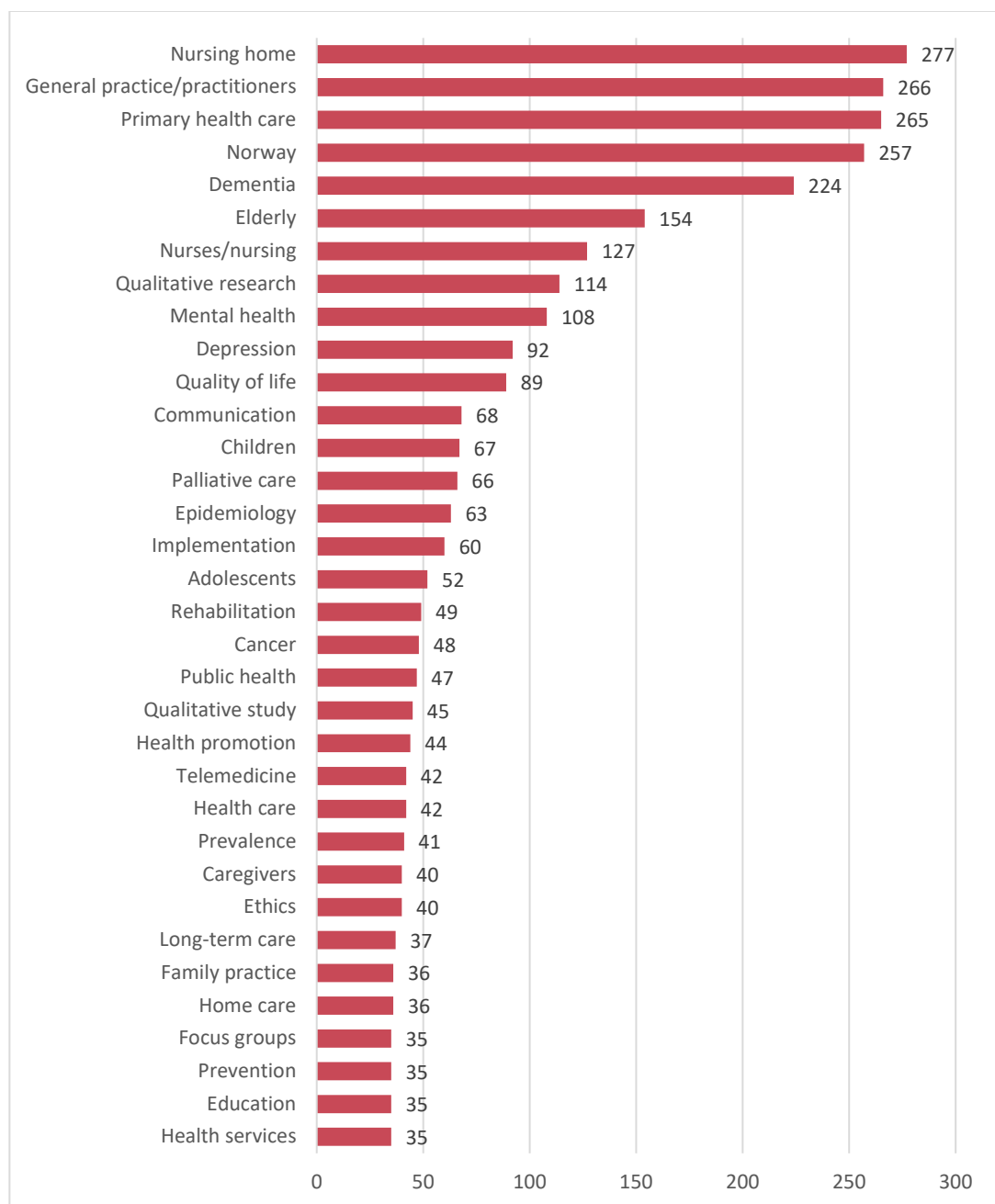


Figur 2.3 Ordsky med publikasjonenes nøkkelord (de mest frekvente), (N=3769, artikler i internasjonale tidsskrifter).

Kilde: Web of science/NIFU

Antall ganger nøkkelordene er oppført i publikasjonene er vist i figur 2.4, begrenset til ord som forekommer mer enn 35 ganger. Fordi enkelte uttrykk er skrevet på ulike måter, har vi slått sammen begrep med omtrent samme betydning (for eksempel *general practice* og *general practitioner*, *nurses* og *nursing* og *older people* og *elderly*). Merk at analysen er basert på de hyppigst forekommende ordene. Den komplette listen med nøkkelord i svært lang og her forekommer også flere varianter og synonymer av ordene. Hadde disse blir inkludert, ville frekvensene blitt mye høyere. Figuren gir likevel et inntrykk av hva som er de sentrale temaene innen forskningen.

For eksempel avdekker nøkkelordlisten flere begrep som er relatert til forskning knyttet til eldre, hvor *dementia*, *elderly* og *nursing home* forekommer hyppig. Ellers er primærhelsetjenesten representert ved at ord som *general practice/practitioners* og *primary health care* er hyppig forekommende. Videre finner vi også begrep som er relatert til psykisk helse, som for eksempel *mental health* og *depression*. Begrep som er knyttet til barn og familie er også å finne i emnelisten.



Figur 2.4 Mest frekvente nøkkelord antall forekomster i publikasjonene. (N=3769, artikler i internasjonale tidsskrifter.

Kilde: Web of science/NIFU

2.2 Vitenskapelig publisering 2017-2019

I dette delkapitlet viser vi noen av resultatene fra publiseringsomfanget for treårsperioden 2017-2019. At vi viser publiseringen for de tre siste årene og ikke hele perioden, er fordi vi ønsker å analysere forskningsresultatene som har mer aktuell relevans enn forskning gjort for flere år siden. I dette delkapitlet vil vi vise

publiseringsomfanget i perioden, hvilke institusjoner har bidratt, innenfor hvilke fagfelt samt analyser av samarbeidsmønstre.

2.2.1 Publisering etter institusjon

I perioden 2017-2019 publiserte norske forskningsmiljøer til sammen 2 262 publikasjoner som var relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Av disse bidro universitets- og høgskolesektoren på i alt 1 946 publikasjoner, eller ca. 55 prosent.⁶ Blant universitetene er Universitetet i Oslo det største og bidro på 574 publikasjoner, noe som tilsvarte 23 prosent av sektorens bidrag eller 12 prosent av det totale publisering omfanget i denne perioden. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Universitetet i Bergen, var jevnstore og bidro på rundt 370 publikasjoner hver, som utgjorde henholdsvis rundt 15 prosent av sektorens bidrag og 8 prosent av det totale omfanget. Derneft finner vi Universitetet i Tromsø som bidro på rundt 230 publikasjoner, tett fulgt av OsloMet – Storbyuniversitetet, med et bidrag på 220 publikasjoner. En rekke andre læresteder har også bidratt med forskning på dette feltet, og Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Sørøst Norge bidro begge med flere enn 100 publikasjoner hver.

De ulike helseforetakene (med og uten universitetssykehusfunksjoner) bidro på 783 av publikasjonene som tilsvarte en andel på 26 prosent av det totale publiseringsomfanget. Oslo Universitetssykehus er den største institusjonen blant helseforetakene med en andel på 20 prosent av sektorens bidrag eller rundt 5 prosent av totalen. Deretter følger Helse Bergen HF som bidro på 10 prosent av helseforetakenes bidrag, eller ca. 2,5 prosent av det totale omfanget. Ellers har også de andre større helseforetakene over hele landet bidratt med forskning på dette feltet. Akershus universitetssykehus, St. Olavs Hospital, Sykehuset Vestfold, Stavanger universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge, har alle bidratt på mellom 80 og 100 publikasjoner hver, tilsvarende rundt to prosent av det totale publisering i denne perioden.

Forskningsinstituttene bidro med rundt 11 prosent av publikasjonsomfanget på dette feltet i perioden 2017-2019. Det største instituttet var Folkehelseinstituttet som bidro på 176 publikasjoner som utgjorde ca. 35 prosent av instituttsektorens bidrag og 4 prosent av det samlede omfanget av publikasjoner. Derneft følger NORCE som bidro på ca. 130 publikasjoner som tilsvarer rundt 26 prosent av sektorens bidrag og 3 prosent av det totale publikasjonsomfanget. Både Folkehelseinstituttet og NORCE er svært sentrale forskningsmiljøer knyttet til dette feltet. Tidligere Uni Research Helse, som nå er NORCE, er også vertskap for både

⁶ Merk at i beregningen av andeler brukes her summen av enhetenes publikasjonstall som nevner i brøken og ikke det totale antallet unike publikasjoner. Dette gjøres for å korrigere for samforfatter-skap. Dersom det unike antallet publikasjoner hadde blitt brukt, ville summen av de enkeltvis andeler langt oversteget 100 prosent.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Allmennmedisinsk forskningsenhet AFE Bergen. Flere andre forskningsinstitutter med noe mindre omfang har også bidratt med forskning på dette feltet og de neste to som følger er SINTEF med Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVT), med i overkant av 40 publikasjoner hver. Andre institutter som har bidratt er NTNU Samfunnsforskning, Stiftelsen Norsk Luftambulansen og Statens arbeidsmiljøinstitutt, i tillegg til en gruppe andre institutter med mindre bidrag.

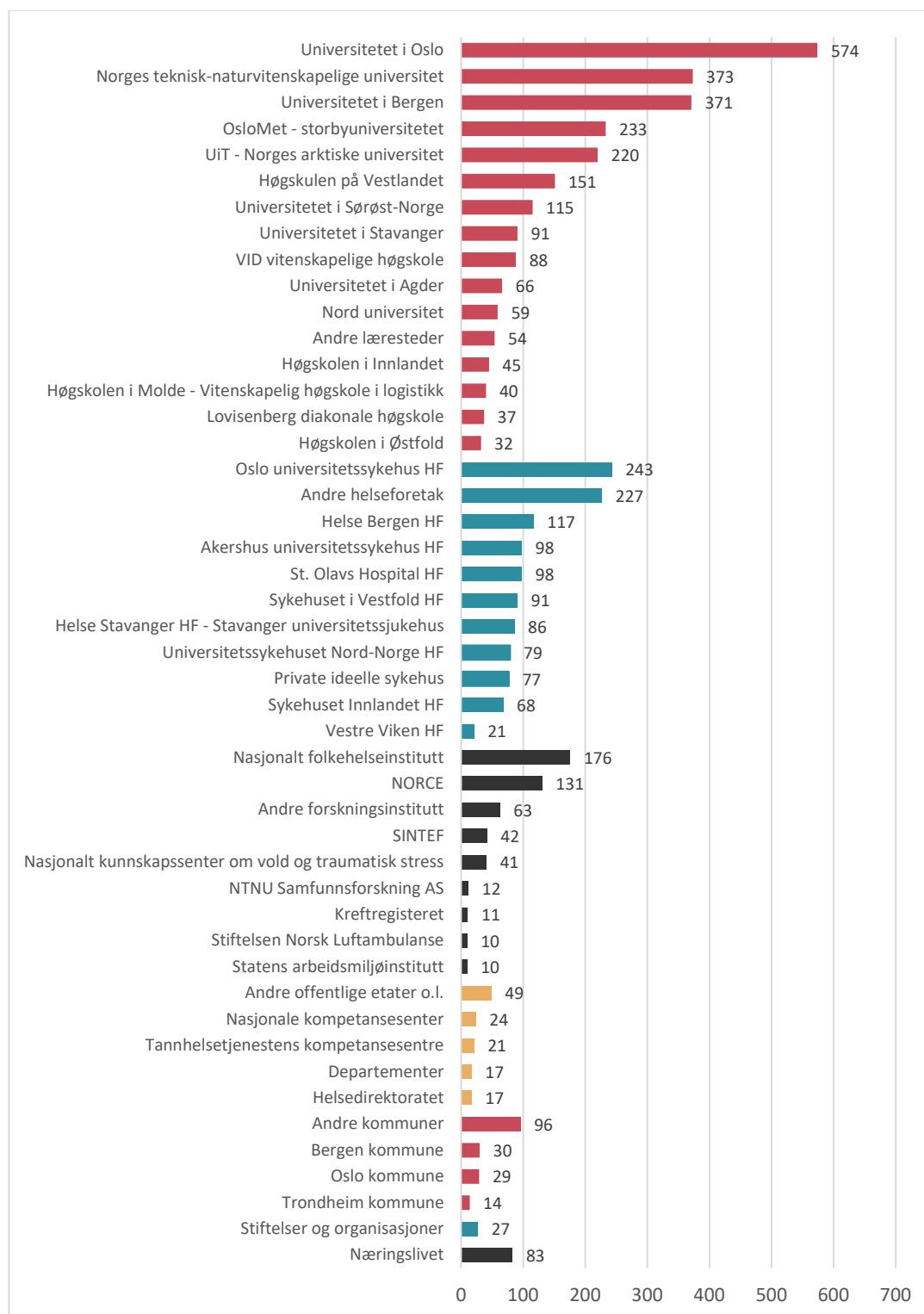
Offentlig sektor (departementer, direktoratet, etater o.l. som er direkte underlagt staten, utenom helseforetak og læresteder) bidro på til sammen 118 publikasjoner eller om lag tre prosent av publikasjonsomfanget. Selv om departementene og deres underliggende direktorater og tilsyn ikke har egne forskningsavdelinger eller har FoU som noen egen aktivitet, er det ikke uvanlig at de likevel er involvert i forskningsprosjekter. Men da er det som oftest enkeltpersoners bidrag, enten i samarbeid med en forskningsinstitusjon eller ved at personer innehar bistillinger i slike institusjoner. Blant de offentlige institusjonene, var Nasjonale kompetansesentre (for aldring og helse og minoritetshelse og Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten) de største med et samlet bidrag på 24 publikasjoner. Tannhelsestjenestens kompetansesentre hadde et samlet bidrag på vel 20 publikasjoner. Andre offentlige etater og tilsyn som har bidratt var Helsedirektoratet, Helsedepartementet, R-BUP, Nav og Direktoratet fra e-helse for å nevne noen.

Til sammen 71 ulike kommuner bidro til vitenskapelig publisering innen feltet, i alt 152 av publikasjonene. Kommunenes bidrag utgjorde dermed fire prosent av det totale publikasjonsomfanget. Landets to største byer, var også de to største kommunene og både Bergen og Oslo bidro på rundt 30 publikasjoner hver. Deretter fulgte Trondheim kommune som bidro på 14 publikasjoner. Blant de andre kommunene som ikke er nevnt enkeltvis, finner vi blant annet Ullensaker, Venne-sla, Tromsø, Drammen, Sarpsborg, Stavanger, Haugesund og Askøy, disse bidro til mellom tre og seks publikasjoner hver. De resterende 58 kommunene hadde en eller to publikasjoner hver. Når det gjelder kommunenes bidrag, består forfatterne ofte av leger, tannleger og personer tilknyttet andre helse- og omsorgsetater i kommunal regi.

Kategorien stiftelser og organisasjoner, hvor for eksempel Legeforeningen, Norges Røde kors, Norsk Revmatikerforbund og Landsforeningen for hjerte og lungesyke inngår, bidro på 27 publikasjoner som utgjorde en halv prosent av det totale publikasjonsomfanget.

Når det gjelder næringslivets sektor som består av ulike former for aksjeselskap, hvor blant annet fastleger inngår, bidro med til sammen 83 av publikasjonene. Dette utgjorde i underkant av to prosent av det totale publikasjonsomfanget som norske forskningsmiljøer publiserte i treårsperioden 2017-2019.

Oppsummert, og som forventet, står de store forskningsmiljøene ved universiteter og helseforetak for den store majoriteten av forskningsomfanget målt som publikasjoner på dette feltet. Korrigert for samarbeid mellom de to sektorene, bidro helseforetak og universitetet og høyskoler på 91 prosent av publikasjonene som inngår i analysen. De kommunale og private miljøene som utfører helse- og omsorgstjenestene bidro med kun en liten del av forskningen på feltet, og samlet sett kun for drøye 10 prosent av publikasjonsomfanget.



Figur 2.5 Vitenskapelige publikasjoner etter institusjon/enhet for perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

En oversikt over publiseringsomfanget presenteres i figur 2.5. I tabell 2.2 vises mer detaljert informasjon, med antall publikasjoner per enhet, hvor stor andel enhetens bidrag er innenfor egen sektor og enhetens andel av total publisering i perioden 2017-2019.

Tabell 2.2 Antall vitenskapelige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter enhet og sektor i periode 2017-2019. Antall, sektorbidrag og andel av total.

Institusjoner og enheter	Antall publikasjoner	Sektorbidrag*	Andel av totalt*
Universitetet i Oslo	574	23 %	12 %
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	373	15 %	8 %
Universitetet i Bergen	371	15 %	8 %
OsloMet - storbyuniversitetet	233	9 %	5 %
UiT - Norges arktiske universitet	220	9 %	5 %
Høgskulen på Vestlandet	151	6 %	3 %
Universitetet i Sørøst-Norge	115	5 %	2 %
Universitetet i Stavanger	91	4 %	2 %
VID vitenskapelige høyskole	88	3 %	2 %
Universitetet i Agder	66	2 %	1 %
Nord universitet	59	2 %	1 %
Andre læresteder	54	2 %	1 %
Høgskolen i Innlandet	45	2 %	1 %
Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høyskole i logistikk	40	2 %	1 %
Lovisenberg diakonale høyskole	37	1 %	1 %
Høgskolen i Østfold	32	1 %	1 %
Totalt UoH-sektoren	1946	100 %	55 %
Oslo universitetssykehus HF	243	20 %	5 %
Andre helseforetak	227	19 %	5 %
Helse Bergen HF	117	10 %	3 %
St. Olavs Hospital HF	98	8 %	2 %
Akershus universitetssykehus HF	98	8 %	2 %
Sykehuset i Vestfold HF	91	8 %	2 %
Helse Stavanger HF - Stavanger universitetssjukehus	86	7 %	2 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	79	7 %	2 %
Private ideelle sykehus	77	6 %	2 %
Sykehuset Innlandet HF	68	6 %	1 %
Vestre Viken HF	21	2 %	0 %
Totalt helseforetak	783	100 %	26 %
Nasjonalt folkehelseinstitutt	176	35 %	4 %
NORCE	131	26 %	3 %
Andre forskningsinstitutt	45	9 %	1 %
SINTEF	42	8 %	1 %
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	41	8 %	1 %

NTNU Samfunnsforskning AS	12	2 %	0 %
Kreftregisteret - Institutt for populasjonsbasert kreftforskning	11	2 %	0 %
Statens arbeidsmiljøinstitutt	10	2 %	0 %
Stiftelsen Norsk Luftambulans	10	2 %	0 %
NIOM - Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer	7	1 %	0 %
PRIO - Institutt for fredsforskning	6	1 %	0 %
Institutt for samfunnsforskning	5	1 %	0 %
Totalt instituttsektoren	450	100 %	11 %
Andre offentlige etater o.l.	49	38 %	1,1 %
Tannhelsetjenestens kompetansesentre	21	16 %	0,5 %
Nasjonale kompetansesenter	18	14 %	0,4 %
Helsedirektoratet	17	13 %	0,4 %
Departementer	10	8 %	0,2 %
NAV Arbeids- og velferdsforvaltningen	7	5 %	0,2 %
Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten	6	5 %	0,1 %
Totalt offentlig sektor	118	100 %	3 %
Bergen kommune	30	18 %	0,6 %
Oslo kommune	29	17 %	0,6 %
Trondheim kommune	14	8 %	0,3 %
Andre kommuner	96	57 %	2,1 %
Totalt kommuner	152	100 %	4 %
Stiftelser og organisasjoner	25	100 %	0,5 %
Næringslivet	83	100 %	1,8 %
Totalt	2262	100 %	100 %

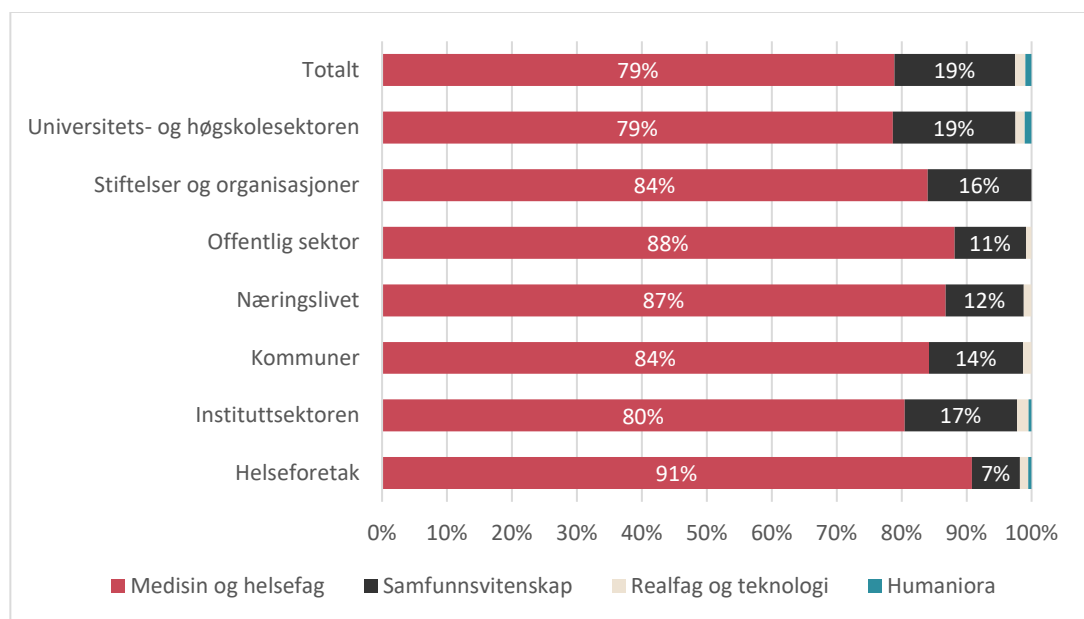
Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

**) Merk at i beregningen av andeler brukes her summen av enhetenes publikasjonstall som nevner i brøken og ikke det totale antallet unike publikasjoner. Dette gjøres for å korrigere for samforfatterskap. En alternativ metode er å benytte forfatterandeler.*

2.2.2 Fagområder og fagfelt

I analysen er artiklene fagklassifisert etter hvilke tidsskrift de er publisert i,⁷ mens øvrige publikasjoner er klassifisert av forfatterne. Noen tidsskrifter er riktignok ikke fagspesifikke, så publikasjoner i slike tidsskrifter klassifiseres som fagområde-uspesifikke. For eksempel er det amerikanske tidsskriftet *PlosOne*, som publiserer både artikler innenfor medisin, naturvitenskap og samfunnsvitenskap, klassifisert som uspesifisert medisin, på bakgrunn av at de fleste publikasjonene fra tidsskriftet som inngår i vår kartlegging er innen dette fagområdet. Figuren 2.6 viser de ulike sektorenes fordeling etter fagområder.

⁷ En slik metode er vanlig å benytte i bibliometriske kartlegginger. En feilkilde er at det for enkeltartikler ikke nødvendigvis er et samsvar mellom artikkelens tema og fagfeltet tidsskriftet er klassifisert i. I aggregerte analyser, som dem som presenteres i denne rapporten, er likevel denne feilkilden av mindre betydning.



Figur 2.6 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor og fagområder for perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

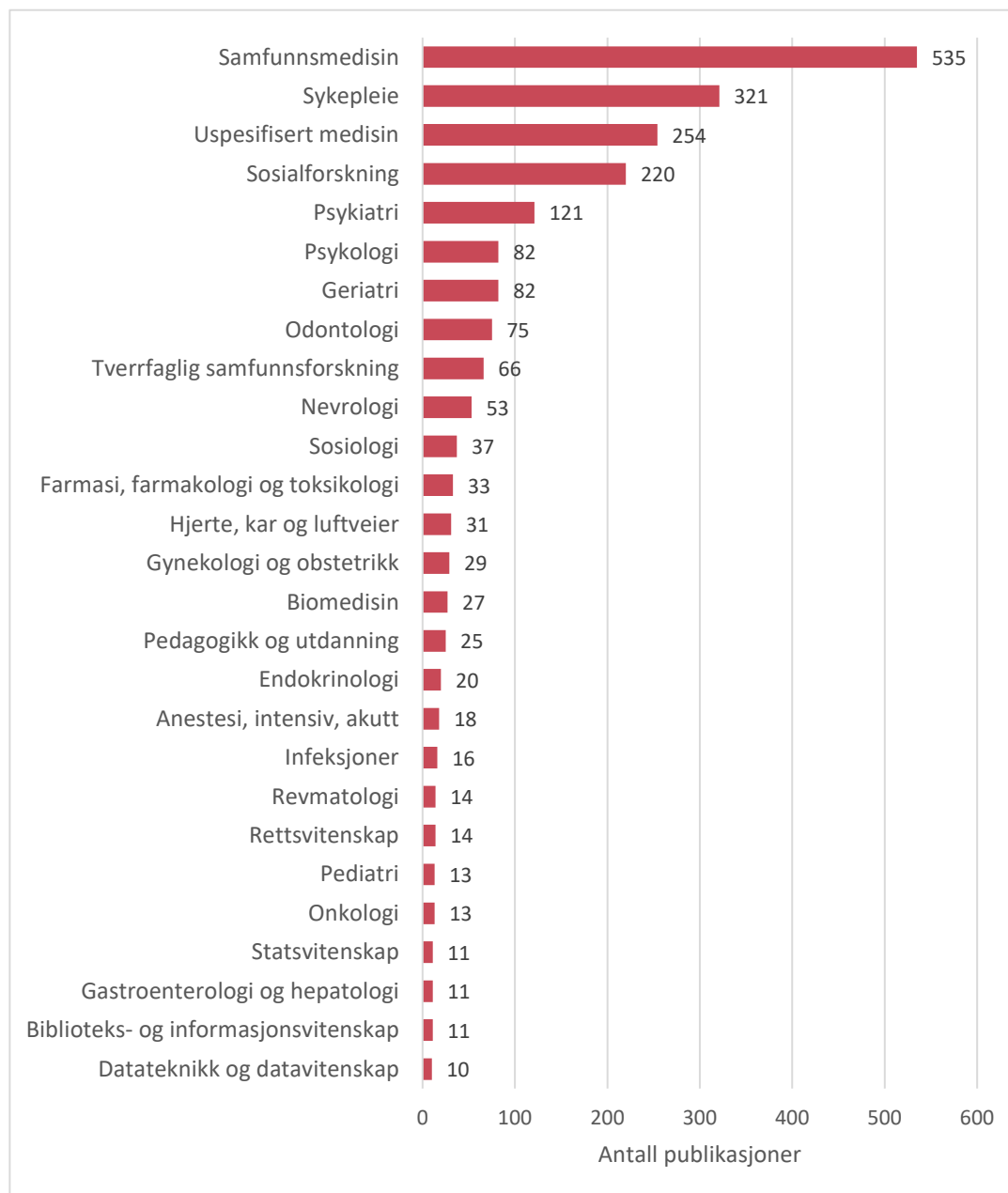
Som nevnt innledningsvis er mesteparten, rundt 80 prosent, av publikasjonene innenfor medisin og helsefag, men denne andelen varierer mellom sektorene, fra rundt 80 prosent ved UoH- og instituttsektoren til 91 prosent ved helseforetakene. Ikke uventet har helseforetakene den høyeste andelen av sine publikasjoner innenfor det medisinske fagområdet. Andre fagfelt utgjør samlet sett ca. 20 prosent av publikasjonene og de samfunnsvitenskapelige utgjør 19 prosentpoeng av dette.

Det er dermed interessant å bryte fagområdene ned på fagfeltnivå, dette kan gi mer spesifikk kunnskap om forskningen på feltet. Her er fagklassifiseringssystemet i Cristin benyttet, som for medisin er utarbeidet av Det nasjonale publiseringsutvalget for medisinske fag. I systemet klassifiseres publikasjonene på 87 forskjellige fagfelt. En betydelig del av publikasjonene som inngår i denne analysen, vil trolig falle inn under allmennmedisin. Dette er imidlertid ikke en egen kategori i Cristin. Allmennmedisin er heller ikke noe eget fagfelt i offisiell FoU-statistikk verken i Norge eller internasjonalt. Det er derfor ikke mulig å vise tall for dette fagfeltet separat og publikasjonene de vil være fordelt på de andre fagfeltene i vår analyse.

De om lag 2 300 publikasjonene i denne analysen er fordelt på i alt 57 forskjellige fagfelt som tilsier at dette er et flerfaglig og tverrfaglig område. Fordelingen etter fagfelt (27 stk.) med flere enn 10 publikasjoner er vist i figur 2.7

Samfunnsmedisin er det største fagfeltet, med i alt 535 publikasjoner, og utgjør dermed om lag en fjerdedel av publikasjonsomfanget i 2017-2019. Deretter følger feltet sykepleie, med i alt 321 publikasjoner, eller ca. 15 prosent av omfanget. Som det tredje største fagfeltet er uspesifisert medisin med ca. 250 publikasjoner. Det

uspesifiserte fagfeltet består av publikasjoner som ikke har latt seg klassifisere i noen andre fagspesifikke kategorier, og/eller artikler som er publisert i mer generelle medisinske tidsskrifter (for eksempel *Tidsskrift for den norske legeforening* og *the Lancet*). På denne oversikten finnes også fagfelt fra andre fagområder, og som det fjerde største fagfeltet finner vi sosialforskning.



Figur 2.7 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor og fagfelt for perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

2.2.3 Publikasjonskanaler og -språk

De norske forskningsmiljøene på dette området har publisert i en rekke ulike tidsskrifter og forlag. De i alt 2 262 publikasjonene fra perioden 2017-2019 var publisert i til sammen 815 forskjellige kanaler (tidsskrift og forlag). En oversikt over tidsskriftene og forlagene med flest publikasjoner er vist i tabell 2.3. Tidsskriftet med flest publikasjoner var det anerkjente *BMC Health Services Research*, med i alt 115 publikasjoner. Tidsskriftet er klassifisert som samfunnsmedisinsk og er dessuten også et nivå 2-tidsskrift i det norske resultatbaserte finansieringssystemet. Derneft, og som nummer to finner vi *BMJ Open*, et nivå 1-tidsskrift med i alt 62 publikasjoner. *BMJ Open* publiserer artikler innenfor flere medisinske fagdisipliner og er klassifisert som et uspesifisert medisinsk tidsskrift. Det fjerde største tidsskriftet i denne sammenheng, med om lag 50 publikasjoner, er nivå 1-tidsskriftet *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Dette er et allmennmedisinsk tidsskrift som er klassifisert under samfunnsmedisin i analysene. Et lite stykke ned på listen finner vi flere norske tidsskrift, deriblant *Tidsskrift for den norske legeforening* med 43 publikasjoner, *Tidsskrift Norges barnevern* (33 publikasjoner), *Sykepleien Forskning* (30 publikasjoner), *Tidsskrift for omsorgsforskning* 21 publikasjoner) og *Den norske tannlegeforenings tidende* (21).

Tabell 2.3 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2017-2019 etter tidsskrift og forlag. Antall publikasjoner og kvalitetsnivå.

Tidsskrift/forlag	Antall publikasjoner	Nivå
BMC Health Services Research	115	2
BMJ Open	62	1
Scandinavian Journal of Primary Health Care	49	1
PLOS ONE	44	1
Tidsskrift for Den norske legeforening	43	1
Journal of Clinical Nursing	42	2
BMC Geriatrics	37	1
Tidsskriftet Norges Barnevern	33	1
Sykepleien Forskning	30	1
Scandinavian Journal of Caring Sciences	30	1
BMC Family Practice	25	1
Journal of Multidisciplinary Healthcare	24	1
BMC Public Health	24	1
Scandinavian Journal of Public Health	23	1
Nursing Open	23	1
Tidsskrift for omsorgsforskning	21	1
Fagbokforlaget	21	1
Nordisk sykeplejeforskning-nordic nursing research	20	1
Den norske tannlegeforenings tidende	18	1
Universitetsforlaget	17	1

Nursing Ethics	17	2
Gyldendal Akademisk	16	1
Cappelen Damm Akademisk	16	1
Journal of Advanced Nursing	15	2
Tidsskrift for psykisk helsearbeid	15	1
Tidsskrift for velferdsforskning	13	1
BMC Pregnancy and Childbirth	13	1
Cochrane Database of Systematic Reviews	13	1
Nordisk tidsskrift for helseforskning	12	1
Child & Family Social Work	12	2
Health & Social Care in the Community	12	1
International Journal of Mental Health Systems	12	1
BMC Psychiatry	11	1
Acta Odontologica Scandinavica	11	1
Family Practice	11	2
Social Science & Medicine	10	2
Patient Education and Counseling	10	2
Trials	10	1
Journal of Medical Internet Research	10	2
International Journal of Geriatric Psychiatry	10	1
BMC Nursing	10	1
European Journal of Public Health	10	1
<i>Andre tidsskrift/forlag (721)</i>	<i>1 292</i>	
Totalt	2 262	

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

Selv om det er flere norske tidsskrifter og forlag på listen, utgjør norskspråklige publikasjoner kun 11 prosent av publikasjonsomfanget. Hvorvidt det publiseres på norsk eller engelsk avhenger av både hvem som publiserer og hvilket fagområde forskningen er innenfor. Dette er oppsummert i tabell 2.4 som viser andelen norske publikasjoner etter sektor og fagområder. Det fremkommer at innslaget av norsk som publiseringsspråk varierer mye mellom både sektor og fagområder. Litt mer enn en tredjedel av de samfunnsvitenskapelige publikasjonene er på norsk, men andelen innenfor medisin og helsefag utgjør kun 8 prosent. De resterende 92 og 65 prosent innenfor henholdsvis medisin og samfunnsvitenskap, publiseres nesten utelukkende på engelsk. Kommunesektoren er den sektoren som publiserer mest på norsk, med en andel på 38 prosent. Særlig er andel av kommunenes publikasjoner innenfor samfunnsvitenskap høy, hvor norsk som publiseringsspråk utgjør nesten 70 prosent. Helseforetakene er den sektoren som publiserer minst på norsk, og andelen norske publikasjoner utgjør kun 5 prosent. Imidlertid var ca. 20 prosent av helseforetakenes samfunnsvitenskapelige publikasjoner på norsk.

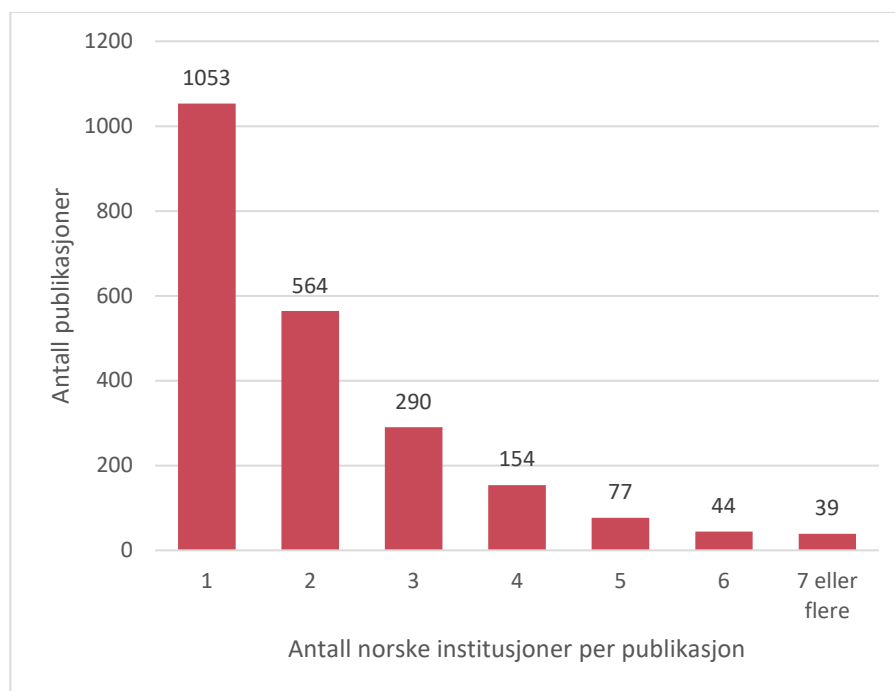
Tabell 2.4 Andel norskspråklige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor og fagområder, for perioden 2017-2019.

Fagområder	Humaniora	Medisin og helsefag	Samfunnsvitenskap	Totalt
Universitets- og høyskolesektoren	5 %	8 %	36 %	13 %
Helseforetak	0 %	4 %	22 %	5 %
Instituttsektor	0 %	5 %	32 %	10 %
Offentlig sektor		6 %	33 %	9 %
Kommuner		34 %	68 %	38 %
Stiftelser og organisasjoner		10 %	25 %	12 %
Næringslivet		6 %	30 %	8 %
Totalt	3 %	8 %	35 %	11 %

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

2.2.4 Nasjonalt institusjonelt samarbeid

Vår analyse viser at blant de 2 262 publikasjonene er 53 prosent skrevet i samarbeid mellom to eller flere norske institusjoner, det vil si at de har medforfattere tilknyttet forskjellige norske institusjoner. Samarbeid mellom flere norske institusjoner er dermed litt mer vanlig enn at forskningen foregår kun ved egen institusjon (eventuelt også i samarbeid med utenlandske institusjoner). Publiseringssamarbeid kan også forekomme mellom forskjellige institutt ved samme institusjon, men i denne analysen ser vi bare på samarbeid mellom ulike norske institusjoner. Det vil si at samarbeid mellom for eksempel Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus regnes som samarbeid mellom to institusjoner, mens samarbeid mellom to institutter ved Universitetet i Oslo, ikke regnes som institusjonelt samarbeid i denne sammenheng. Vi må også legge til at vi i denne delen av analysen ikke har sett på internasjonalt samarbeid (det presenteres i kapittel 2.2.5), som faktisk er enda mer utbredt enn nasjonalt samarbeid, spesielt innenfor medisin, naturvitenskap og teknologi. Figur 2.8 viser antall samarbeidende norske institusjoner for publikasjonene. Det vanligste formen for samarbeid var at to institusjoner samarbeidet, og dette forekom i 25 prosent av publikasjonene, mens samarbeid mellom tre institusjoner forekom i 13 prosent av publikasjonene.



Figur 2.8 Antall norske institusjoner per publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

Tabell 2.5 viser den nasjonale samarbeidsstrukturen på institusjonsnivå. Her fremgår andel publikasjoner som institusjonene i den første venstre kolonne har med institusjonene i de påfølgende kolonnene. Eksempelvis har Akershus universitetssykehus 5 prosent av sine publikasjoner i samarbeid med Helse Bergen. Videre har Universitetet i Oslo sampublisert med Akershus universitetssykehus på 12 prosent av sine publikasjoner. For å lette lesbarheten i figuren er samarbeidsforekomster med mer enn 10 prosent markert med farge og denne blir mørkere med økt samarbeid. Det man tydelig legger merke til er at mange av institusjonene og sektorene samarbeider med Universitetet i Oslo. For eksempel har universitetssykehusene i Oslo og Akershus høy forekomst og samarbeider i rundt 70 prosent av sine publikasjoner. Folkehelseinstituttet har også utstrakt samarbeid med UiO, med en andel på 46 prosent av sine publikasjoner. Det fremkommer også fra tabellen at institusjoner og sektorer som i liten grad har egne forskningsfasiliteter, som for eksempel kommuner, stiftelser og organisasjoner, samarbeider med mange institusjoner. Det er ellers vanlig at institusjoner i samme region og nærområder samarbeider med hverandre. Dette gjelder også i vårt tilfelle og det er et utstrakt samarbeid mellom universiteter og universitetssykehus i både Oslo,

Bergen og Trondheim.⁸ Norske kommuner har mest samarbeid med Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, NTNU og Oslo universitetssykehus.

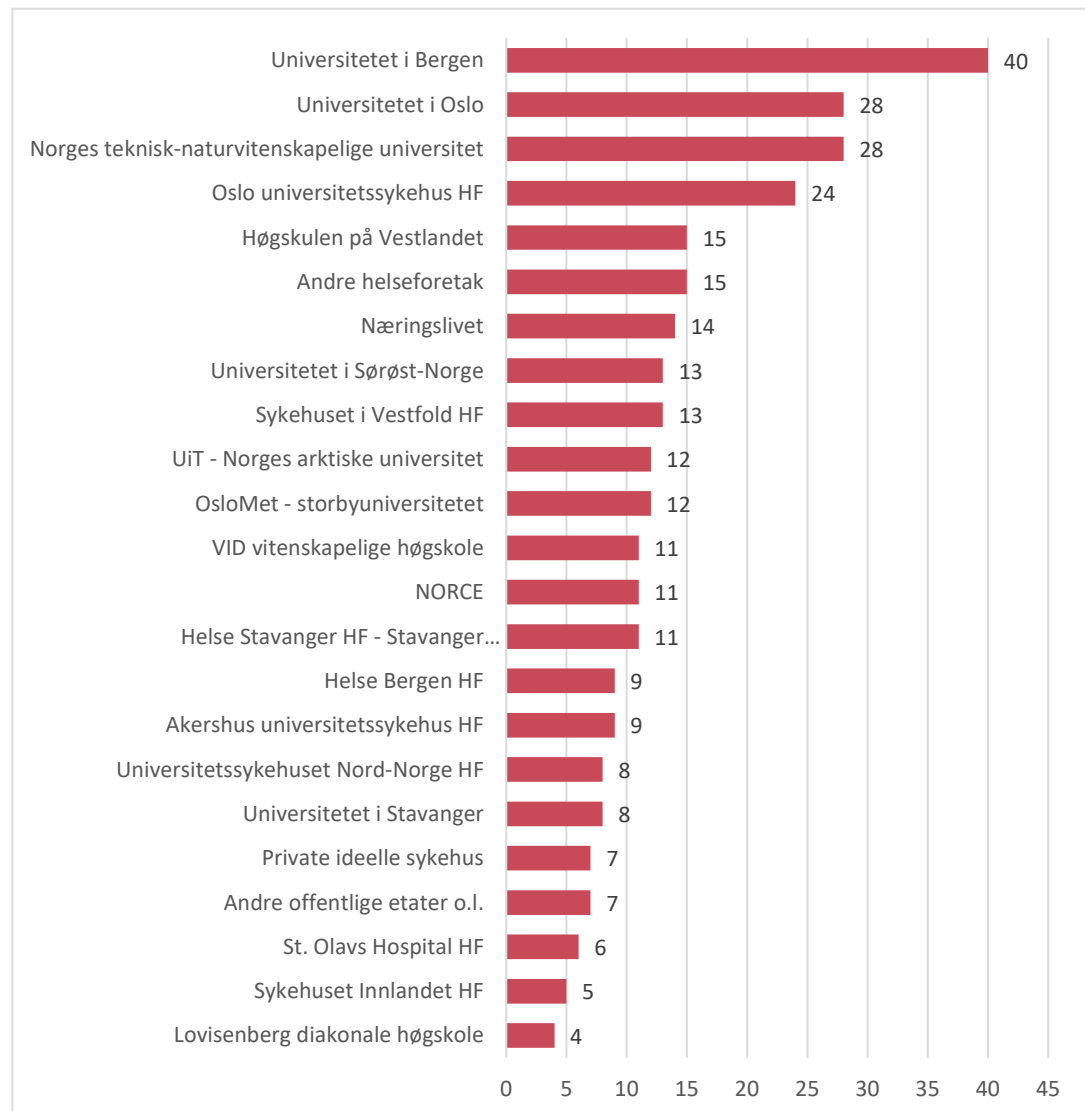
Tabell 2.5 Andel publikasjoner i samarbeid mellom institusjoner, type institusjon, sektor som er relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019.

Institusjon	Ahus HF	Helse Bergen HF	HVL	Kommuner	Folkehelseinstitutt	Norge	NTNU	Næringslivet	Offentlig sektor	OUS HF	St. Olavs Hospital HF	Stiftelser og org.	UiT	Univ. Bergen	Univ. Oslo	Univ. Sørøst-Norge
Akershus universitetssykehus HF		5 %	0 %	9 %	11 %	11 %	17 %	5 %	7 %	22 %	10 %	1 %	5 %	17 %	71 %	8 %
Helse Bergen HF	4 %		12 %	8 %	9 %	18 %	3 %	8 %	8 %	15 %	3 %	2 %	6 %	82 %	20 %	2 %
Høgskulen på Vestlandet	0 %	9 %		10 %	3 %	6 %	7 %	4 %	3 %	6 %	0 %	0 %	0 %	29 %	11 %	3 %
Kommuner	6 %	6 %	10 %		2 %	7 %	18 %	9 %	9 %	16 %	4 %	1 %	8 %	26 %	18 %	9 %
Folkehelseinstituttet	6 %	6 %	2 %	2 %		5 %	5 %	7 %	10 %	14 %	1 %	3 %	7 %	26 %	46 %	1 %
Norge	8 %	16 %	7 %	8 %	7 %		4 %	5 %	14 %	5 %	1 %	2 %	7 %	61 %	19 %	1 %
NTNU	5 %	1 %	3 %	8 %	2 %	1 %		3 %	5 %	7 %	23 %	1 %	5 %	5 %	16 %	2 %
Næringslivet	6 %	11 %	7 %	17 %	14 %	8 %	12 %		12 %	14 %	4 %	12 %	11 %	20 %	35 %	5 %
Offentlig sektor	6 %	8 %	4 %	12 %	14 %	15 %	16 %	8 %		17 %	5 %	7 %	15 %	25 %	32 %	2 %
Oslo universitetssykehus HF	9 %	7 %	4 %	10 %	10 %	2 %	11 %	5 %	8 %		6 %	4 %	5 %	12 %	67 %	2 %
St. Olavs Hospital HF	10 %	4 %	0 %	6 %	2 %	1 %	87 %	3 %	6 %	15 %		1 %	4 %	6 %	26 %	0 %
Stiftelser og org.	4 %	8 %	0 %	4 %	20 %	8 %	12 %	40 %	32 %	36 %	4 %		24 %	16 %	52 %	0 %
UiT - Norges arktiske universitet	2 %	3 %	0 %	5 %	5 %	4 %	8 %	4 %	8 %	6 %	2 %	3 %		6 %	9 %	1 %
Universitetet i Bergen	5 %	26 %	12 %	11 %	12 %	22 %	5 %	5 %	8 %	8 %	2 %	1 %	4 %		15 %	1 %
Universitetet i Oslo	12 %	4 %	3 %	5 %	14 %	4 %	10 %	5 %	7 %	28 %	4 %	2 %	3 %	10 %		3 %
Universitetet i Sørøst-Norge	7 %	2 %	3 %	11 %	1 %	1 %	6 %	3 %	2 %	4 %	0 %	0 %	2 %	4 %	16 %	
Antall publikasjoner per institusjon	98	117	151	152	176	131	373	83	118	243	98	25	220	371	574	115

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

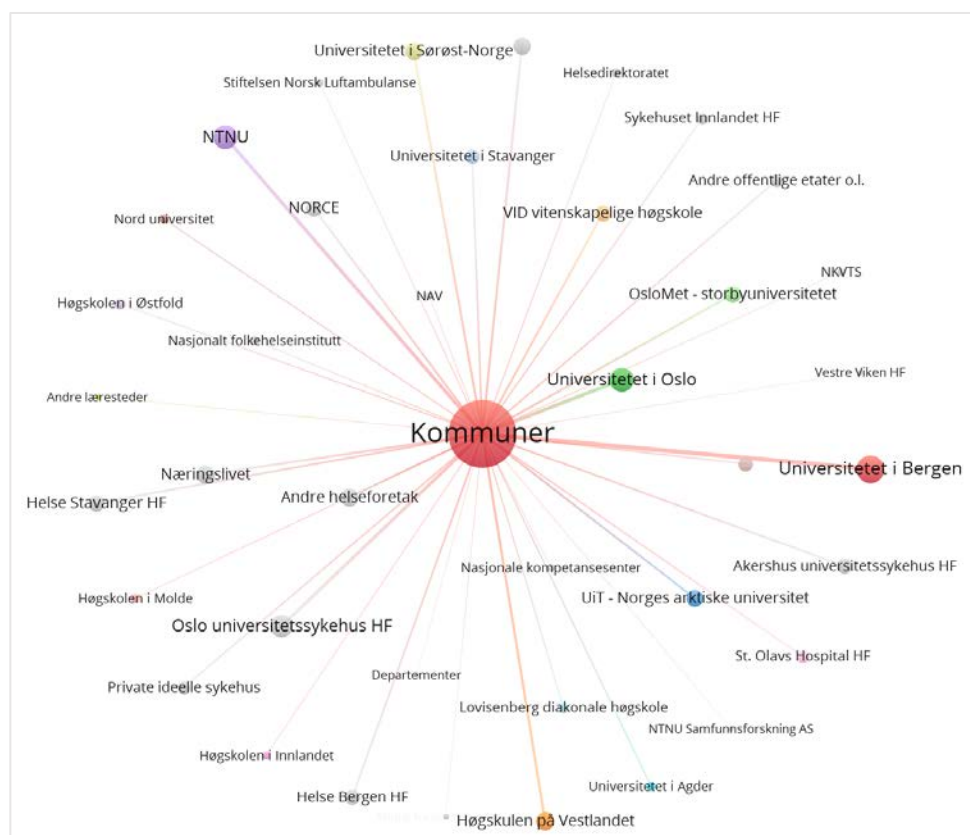
⁸ Dette reflekterer den tette koblingen spesielt mellom de medisinske fakulteter og de tilknyttete universitetssykehusene, hvor en stor del av publikasjonene har medforfattere både fra universitetet og universitetssykehuset. Samtidig er «delte» stillinger utbredt, for eksempel ved at en overlege ved universitetssykehuset er professor II ved universitetet. Om begge institusjonene føres opp som forfatteradresse, vil dette registreres som eksternt samarbeid i analysen.

Som nevnt har norske kommuner et utstrakt samarbeid med mange ulike typer institusjoner. Antallet sampubliseringer som norske kommuner har med andre institusjoner, er vist i figur 2.9. I tillegg til samarbeid med de største universitetene og universitetssykehusene, forekommer det også samarbeid med andre mindre læresteder og miljøer, men da i mer beskjedent omfang.



Figur 2.9 Antall publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester som norske kommuner har publisert i samarbeid med andre institusjoner i perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU



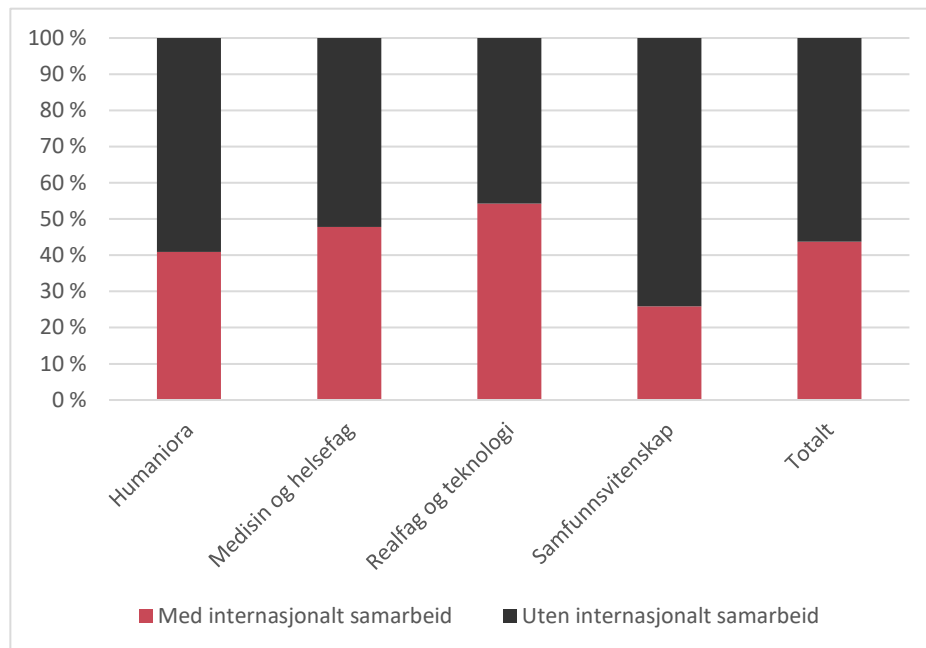
Figur 2.10 Illustrasjon av nasjonalt samarbeid for kommunene med andre institusjoner og enheter for publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin, Norart/NIFU

2.2.5 Internasjonalt samarbeid

I tillegg til det nasjonale samarbeidet, er det også betydelig internasjonalt samarbeid. I til sammen 44 prosent av publikasjonene var det også medforfattere tilknyttet utenlandske institusjoner. Imidlertid har det internasjonale samarbeidet økt jevnlig. I 2011 bidro utenlandske forskere på 34 prosent av de norske publikasjonene, mens andelen var 46 prosent i 2019. Til sammenligning var andelen publikasjoner med utenlandsk medforfatterskap 52 prosent for all norsk publisering i 2019. Andel med internasjonalt samarbeid er dermed noe lavere for dette feltet enn den er for norsk publisering generelt. Andelen med internasjonal sampublisering varierer også mye mellom fagområdene, hvor samfunnsvitenskapelig forskning en lav andel, mens medisin og helsefag har en høy andel. Dette er et mønster som også sees generelt. Siste nasjonale tall fra Indikatorrapporten viste at disse fagområdene hadde andeler på henholdsvis 32 og 62 prosent i perioden 2017-2019. I vår analyse utgjør internasjonalt samarbeid 54 prosent innenfor medisin og helsefag, mens innslaget internasjonalt samarbeid er 26 prosent for de

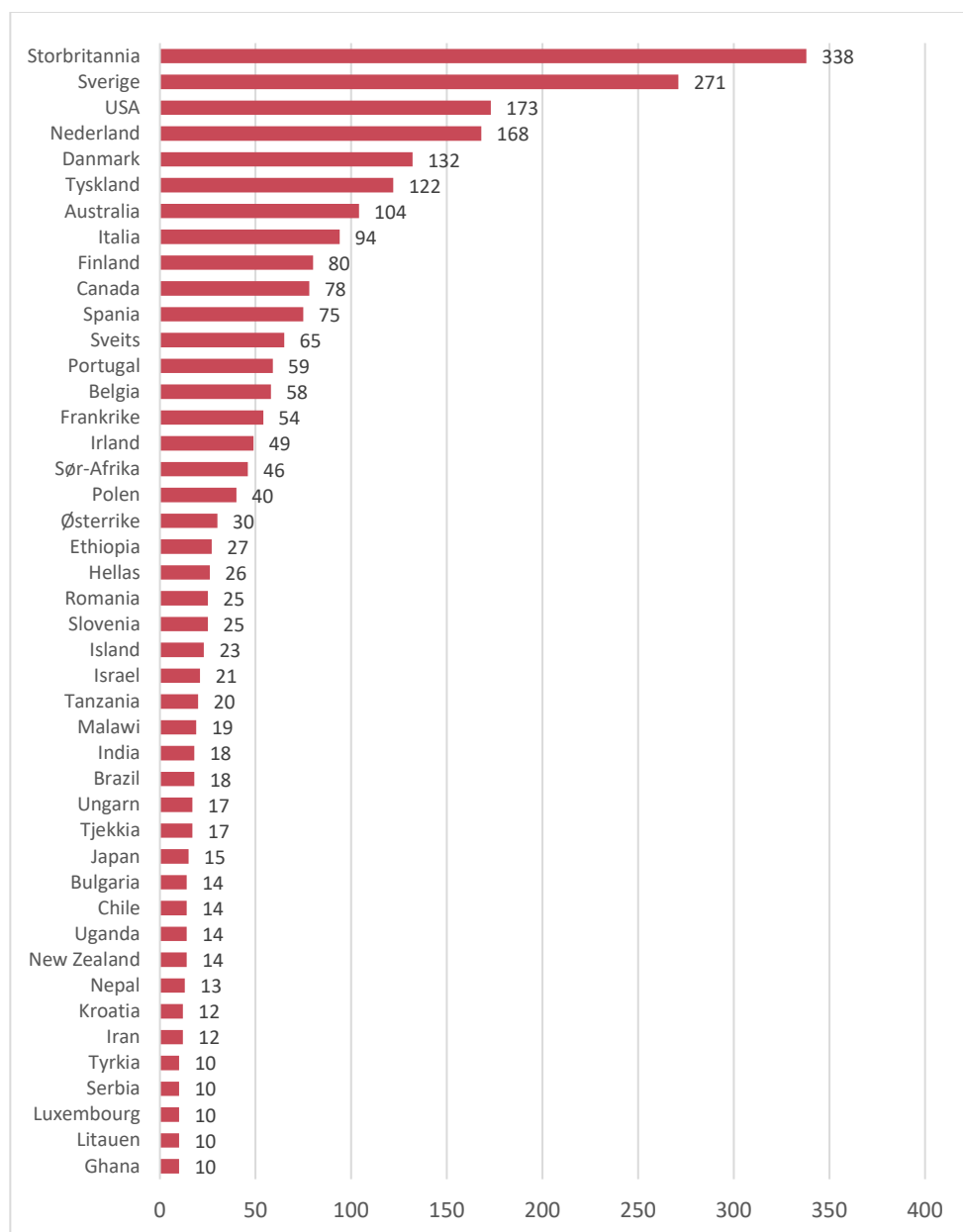
samfunnsvitenskapelige publikasjonene. Innslaget av internasjonalt samarbeid er dermed noe lavere enn det nasjonale gjennomsnittet.



Figur 2.11 Andel publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester med og uten internasjonalt samarbeid etter fagområder for perioden 2017-2019.

Kilde: Web of science, Cristin/NIFU

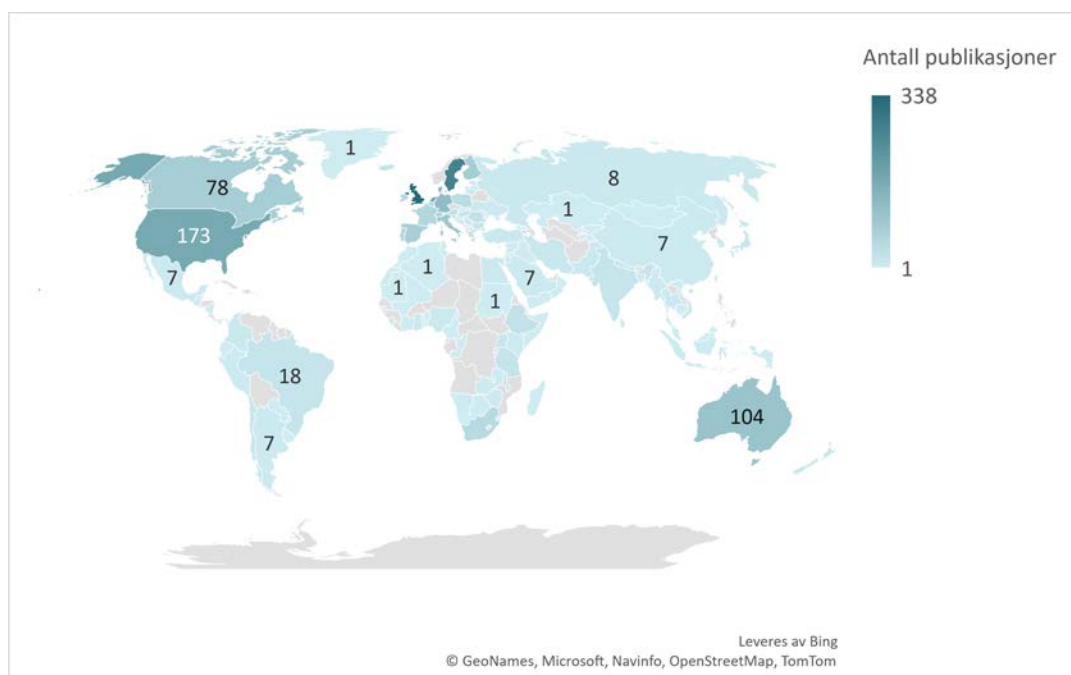
Norske forskere har samarbeidet med forskere tilknyttet utenlandske institusjoner i til sammen 126 ulike land, men i mange tilfeller dreier det seg om svært få publikasjoner. Hyppigst samarbeid har norske miljøer hatt med institusjoner i Storbritannia, som har forekommet i 338 publikasjoner (15 prosent av publikasjonene). Norske forskningsmiljøer har også hatt betydelig samarbeid med svenske institusjoner som bidro på 271 publikasjoner (12 prosent). De neste landene som norske institusjoner har hatt betydelig samarbeid med var USA og Nederland med henholdsvis 173 og 168 publikasjoner (begge 7 prosent), Danmark med 132 publikasjoner (6 prosent), Tyskland med 122 publikasjoner (5 prosent) og Australia med 104 publikasjoner (5 prosent). Søylediagrammet i figur 2.12 viser antall samarbeidspublikasjoner som norske institusjoner har med institusjoner fra andre land, men terskelverdien er flere enn 10 publikasjoner. Merk at noen publikasjoner vil ha medforfattere fra mer enn ett land. Disse vil derfor telles under flere land. I andelen av publikasjoner med internasjonalt samarbeid (figur 2.11) er imidlertid dette korrigert for.



Figur 2.12 Antall publikasjoner som norske institusjoner har sampublisert med institusjoner fra andre land (10 eller flere publikasjoner).

Kilde: Web of science, Cristin/NIFU

I tillegg til de nevnte landene, finner vi en lang rekke andre land som norske forskere har hatt samarbeid institusjoner fra, og samtlige verdensdeler er representert. Verdenskartet i figur 2.13 illustrere dette ved at et stort flertall av verdens land er farget av ulike nyanser av blått. De grå landene, som ikke har samarbeidet med norske institusjoner på dette feltet, finner vi hovedsakelig i sentrale Afrika.



Figur 2.13 Antall publikasjoner som norske institusjoner har skrevet i samarbeid med internasjonalt samarbeidspartnere relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019 per land.

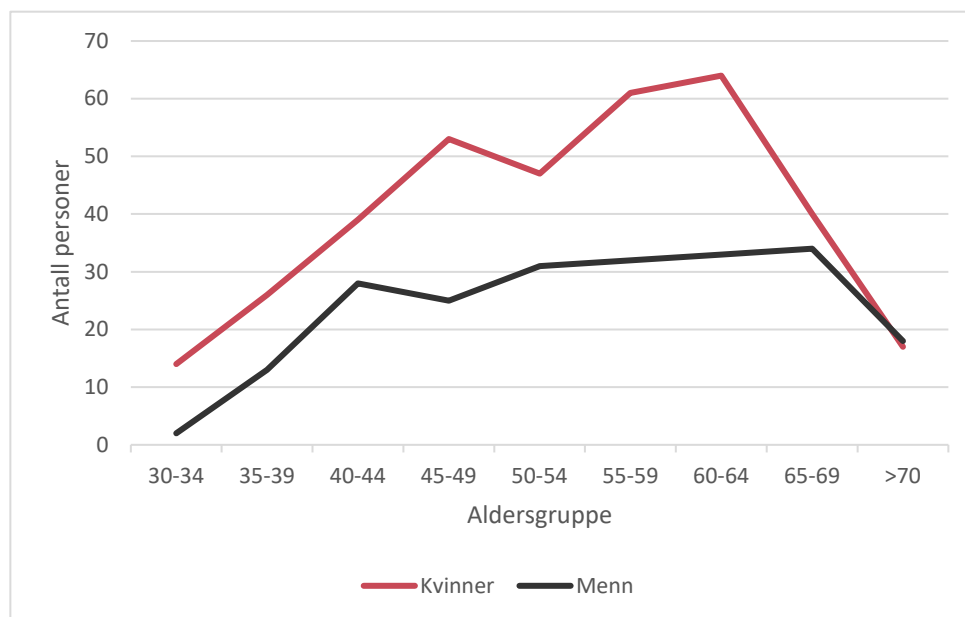
Kilde: Web of science, Cristin/NIFU

2.2.6 Publisierende forskere

Det ble gjennomført en analyse av personene som har bidratt til publiseringen innen området. Analysen omfattet årene 2017, 2018 og 2019 og er begrenset til Cristin-databasen (individdata foreligger ikke for de øvrige databasene). Bare personer med tre eller flere publikasjoner i området i tidsperioden ble inkludert (det vil si som er forfatter eller medforfatter til minst tre Cristin-indekserte publikasjoner). Årsaken til at vi satt en slik grense er at vi ønsker å ekskludere mer perifere personer eller personer som ikke har dette som et sentralt forskningsområde. På denne måten antar vi at analysen omfatter kjernepersonalet innen feltet i Norge.

Analysen viser at 578 personer i Norge har bidratt til minst tre publikasjoner i treårsperioden. Det er klart flere kvinner enn menn, og kvinneandelen utgjorde 62 prosent. Fordelingen av kvinner og menn etter aldersgruppe er vist i figur 2.14. Det er flest forskere i aldersgruppene 55-59 og 60-64 år. Det er relativt få forskere i de yngste aldersgruppene under 40 år. I disse aldersgruppene vil det imidlertid være mange personer i stipendiat- og rekrutteringsstillinger som generelt har lavere publiseringshyppighet enn eldre forskere. Derfor vil mange av dem ikke oppnå tilstrekkelig høye publiseringstall til å komme over terskelverdien. Likevel er det grunn til å si at gjennomsnittsalderen for kjernepersonalet innen området

er relativt høyt, og mange vil gå av med pensjon i løpet av den neste 10-årsperioden.



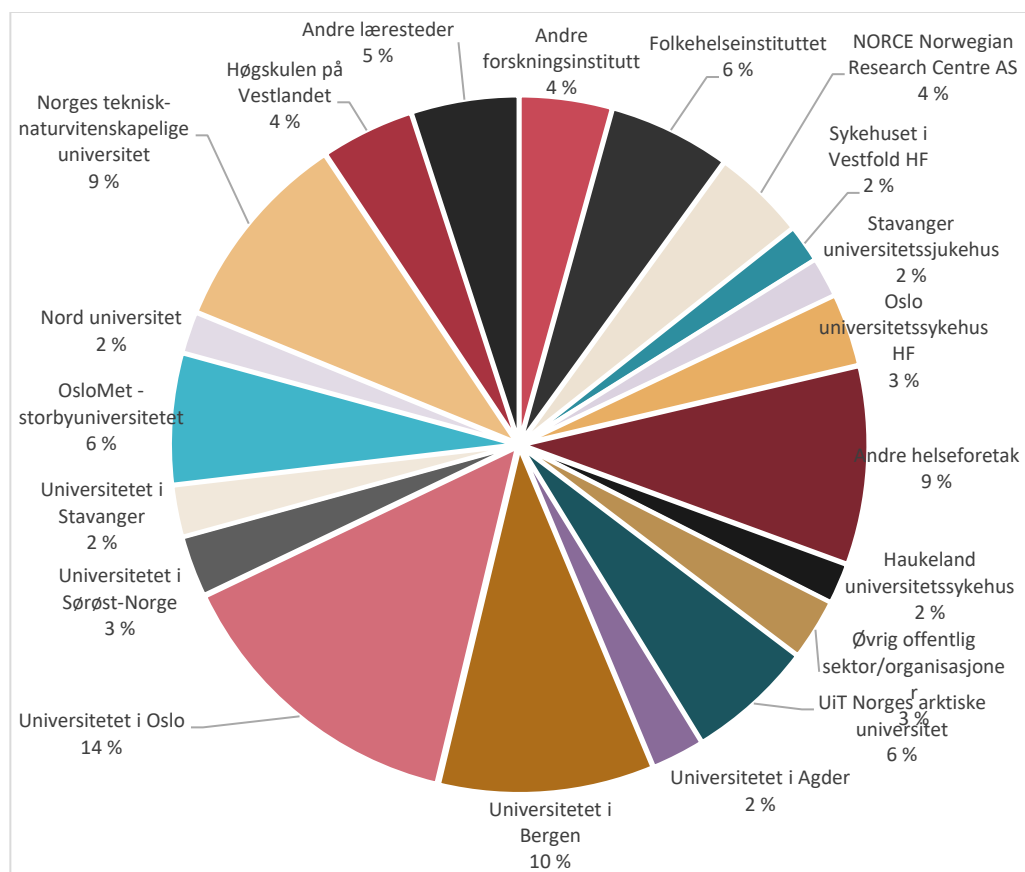
Figur 2.14 Fordelingen av personer med tre eller flere publikasjoner per aldersgruppe og kjønn, 2017-2019.

Kilde: Cristin, NIFU

Kjernepersonalet fordelte seg på en lang rekke institusjoner og institutter. Dette er vist i figur 2.15.⁹ Om lag 65 prosent av forskerne var tilknyttet UoH-sektoren. Helseforetakene hadde en andel på 18 prosent, instituttsektoren 14 prosent, mens øvrig offentlig sektor/organisasjoner stod for 3 prosent.

Universitetet i Oslo har den høyeste andelen av forskerne (14 prosent), fulgt av Universitetet i Bergen (10 prosent) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (9 prosent).

⁹ Noen personer er tilknyttet/har arbeidet ved flere institusjoner/institutter i perioden. Disse er fordelt forholdsmessig på de ulike enhetene etter antall publikasjoner.



Figur 2.15 Fordelingen av personer med tre eller flere publikasjoner per institusjon, 2017-2019.

Kilde: Cristin, NIFU

3 Erfaringer i kommunal sektor

I det følgende presenteres resultater fra spørreundersøkelsen, supplert og utdypet med resultater fra de kvalitative intervjuene. Avslutningsvis i dette delkapitlet sammenstilles resultatene fra begge datakildene for å utdype problemstillingene som ønskes belyst i prosjektet.

3.1 Innledende spørsmål om samarbeid

I spørreundersøkelsen stilles det et innledende spørsmål om kommunen er vertskommune for en eller flere høyskoler, universiteter, forskningsinstitutter, helseforetak eller andre som utfører FoUI innen helse- og omsorgstjenestene, og om kommunen har hatt et formelt samarbeid med et FoUI-miljø knyttet til helse- og omsorgstjenesten i perioden 2014-2019. I de kvalitative intervjuene blir spørsmålene fra spørreundersøkelsen fulgt opp og supplert med spørsmål som dreier seg om hvem som tar initiativ til et samarbeid, og hvordan samarbeidet oppleves.

Tabell 3.1 Prosentandel som oppgir ulik tilknytning til FOUI-miljø (N=72).

	Kommunen er vertskommune	Formelt samarbeid (FoUI-miljø)
Ja	31 % (22)	68% (49)
Nei	68 % (49)	22% (16)
Vet ikke	1% (1)	10% (7)
Totalt	100 % (72)	100% (72)

Tabellen viser at om lag en tredjedel av kommunene i utvalget er vertskommune for ulike FoUI-institusjoner, og at nærmere syv av ti kommuner i utvalget har et formelt samarbeid med et FoUI-miljø. Dette gir et inntrykk av høy innovasjonsaktivitet, på linje med resultater fra KS' eget innovasjonsbarometer¹⁰.

Det ble også spurt om kommunen har hatt et formelt samarbeid med et FoUI-miljø (forskningsinstitusjon, forskningsinstitutter, helseforetak eller andre) på et eller flere prosjekter rettet mot helse- og omsorgsektoren i perioden 2014–2019.

¹⁰ I KS Innovasjonsbarometer 2020 oppgir 90 % av kommunene å ha innført minst én innovasjon i løpet av de siste to årene.

66 prosent (n=25) oppgir at de har hatt det, 21 prosent (n=8) oppgir at de ikke har hatt det, mens 13 prosent (n=5) oppgir at de ikke vet.

I spørreundersøkelsen ble det videre stilt spørsmål om «hvem som tok initiativ til et samarbeid». Resultatene viser at dette er rimelig likt fordelt. 45 prosent (n=22), oppgir at kommunen tok kontakt med et FoUI-miljø, mens 47 prosent (n=23), oppgir at et FoUI-miljø tok kontakt. 8 prosent (n=4) oppgir «det var tilfeldig», eller «vet ikke».

Blant de kommunene som oppgir at de ikke har inngått et formelt samarbeid med et FoUI-miljø, oppgis hovedårsaken å være at «ingen har tatt initiativ» (94 %, n=17). Det er også slik at flere av de mindre kommunene ikke har ambisjoner om selv å drive FoUI, men kan likevel gjerne tenke seg å delta i prosjekter andre har igangsatt.

Nesten alle kommunene vi har intervjuet, oppgir at de har et formalisert samarbeid med en FoUI-institusjon. For enkelte av kommunene dreier dette seg hovedsakelig om samarbeid knyttet til praksis- og/eller turnusplasser for studenter innenfor helsefaglig profesjonsutdanning. De fleste kommunene som har et etablert samarbeid med et FoUI-miljø oppgir at det i all hovedsak er samarbeid med et universitets-/høgskolemiljø eller helseforetak, men enkelte oppgir samarbeid med forskningsinstitutter. De som ikke har et slikt samarbeid, ser på det som en tung oppgave å etablere en samarbeidsstruktur.

Historien bak samarbeidet har mange likhetstrekk på tvers av kommunene. Hovedsakelig oppgir våre informanter at det er kommunene som har tatt initiativ til et forskningssamarbeid. Mange påpeker at samarbeidet startet med noen personlige relasjoner eller konkret samarbeid rundt et bestemt prosjekt. Ut fra slike utgangspunkt ble samarbeidet utviklet og gradvis mer formalisert. De etablerte utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste¹¹ er også et utgangspunkt for videre formalisert samarbeid.

Et eksempel på formalisert samarbeid mellom kommuner og FoUI-miljøer og som nevnes av flere av informantene, er etableringen av såkalte universitetskommuner¹². Noen informanter oppgir at kommunen har et formalisert samarbeid med universitet/høgskole i tilknytning til ulike masterprogram. I slike samarbeid legges det til rette for at studenter kan utarbeide prosjekter eller problemstillinger for sin masteroppgave som er relevante og viktige for kommunen.

¹¹ Det er totalt 20 utviklingssentre i landet. Én kommune i hvert fylke er vertskommune for ett utviklingssenter. Sentrene skal bidra til å spre ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren i sitt fylke.

¹² En universitetskommune er gjerne et samarbeidsprosjekt mellom et universitet og en kommune som skal gi kommunen/landet for øvrig en langsiktig tilgang på kunnskap, kompetanse og teknologi av strategisk betydning for utvikling av gode og bærekraftige samfunn. Trondheim kommune var tidlig ute i å etablere et formelt samarbeid med NTNU (<https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Universitets-kommune>), og i etterkant har en rekke andre kommuner enten etablert eller planlegger å etablere samarbeid (Skien, Ålesund, Tromsø, Gjøvik og Kongsvinger) I hovedsak baserer disse seg på samme modell som Trondheim, selv om innholdet i samarbeidet kan variere.

I intervjuene har vi også spurt om samarbeid med andre kommuner. Mange av informantene oppgir at de har etablert et fast nettverk med andre kommuner, og formalisert et samarbeid. Andre samarbeider fra prosjekt til prosjekt.

Noen informanter forteller om etablering av ressursentre. Slike sentre er organisert «utenfor kommunen», hvor kommunene bidrar med finansiering. Disse ressursentrene igjen har som oftest et samarbeid med sykehus og/eller forskningsinstitusjoner. Ett eksempel som er nevnt av våre informanter, er Agder. Der er det etablert et regionråd, som har oppgave å utvikle en infrastruktur rundt forskningen. Det er etablert et trepartssamarbeid med sykehus, kommuner og universitetet. Rådet og kommunene skal nå vedta et strategidokument for arbeidet.

Et annet eksempel som fremheves av flere informanter er Regionalt senter for Helseinnovasjon etablert av Kristiansund kommune sammen med andre kommuner i regionrådet. Senteret driver FoUI innen helse- og omsorgstjenestene og er etablert som et non-profit aksjeselskap med profesjonelt styre. Kommunene er med som eiere. Det er bemannet med direktør, forskningsleder, forskningsassistent, ressurser innen kommunikasjon og tjenstedesignere. Innovasjonssenteret er brukerdrivet og legger vekt på at de prosjektene de deltar i skal være aktuell for eierne.

Et siste eksempel er «Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest» som er en kunnskapssatsing i helse- og omsorgstjenestene i Bergen og kommunene rundt. Samarbeidet ledes av Bergen kommune, og øvrige kommuner som er med er Alver, Askøy, Austrheim, Bjørnafjorden, Masfjorden, Osterøy, Vaksdal og Voss. Kunnskapsinstitusjonene som er med i samarbeidet er Universitetet i Bergen, Høgskolen på Vestlandet, NORCE, Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Folkehelseinstituttet og VID vitenskapelige høgskole. Samarbeidet startet i 2015. Hovedformålet er utvikling av kunnskapsbaserte innbyggerrettede tjenester.

Informantene forteller samtidig om små kommuner uten egen FoUI-kontakt, som har hatt problemer å delta i interkommunale samarbeid. Flere peker også på at man trenger forskerne for å lage gode søknader om FoUI-prosjekter. Det er for tid- og ressurskrevende for en kommune. Ikke alle kommuner tar initiativ til FoUI-virksomhet på egen hånd, men de vil gjerne være med der de blir invitert.

3.2 Organisering av FoUI-aktiviteten i kommunen

I spørreundersøkelsen stilles det spørsmål om hvordan FoUI-aktiviteten i kommunen er organisert, i hvilken grad det er avsatt et eget budsjett til FoUI-aktiviteter og om kommunen har offentlig-ph.d.-kandidater¹³. I intervjuene blir informantene

¹³ For offentlige ph.d.-kandidater mottar den offentlige virksomheten finansiell støtte til et doktorgradsprosjekt med problemstillinger som er relevant for virksomhetens ansvarsområde (forskningsrådet.no).

bedt om å ta stilling til i hvilken grad det oppfattes å være en klar struktur for FoUI-arbeidet.

Tabell 3.2 Organisering av FoU-aktiviteter i kommunene (N=72).

	Egen enhet for FoU-aktivitet	FoU-ansvarlig	Annen organisering
Ja	11% (8)	11% (7)	38 % (24)
Nei	88% (63)	89% (56)	59% (37)
Vet ikke	1% (1)		3% (2)
Totalt	100% (72)	100% (63)	100% (63)

Tabellen viser at et mindretall av kommunene i utvalget har en egen enhet, og en egen ansvarlig for FoU-aktivitet knyttet til Helse- og omsorgstjenestene. Nærmere fire av ti kommuner oppgir at de har en annen organisering av FoU-aktiviteter, i form av team, nettverk eller andre enheter/strukturer. FoU-ansvarlige kan være innplassert forskjellig i kommuneorganisasjonene. Rollen kan være i en stabsfunksjon, men også i tilknytning til en enhet.

Tabell 3.3 Organisering av forskningsbasert innovasjon i kommunene (N=72).

	Egen enhet for forskningsbasert innovasjon	Innovasjonsansvarlig	Annen organisering
Ja	11% (8)	16% (10)	35% (22)
Nei	88% (63)	83% (52)	65% (41)
Vet ikke	1 % (1)	1% (1)	
Totalt	100% (72)	100% (63)	100% (63)

Tabell 3.3 viser at det er rimelig samsvar mellom andelen som oppgir at de har en egen enhet for forskningsbasert innovasjon og en innovasjonsansvarlig og/eller har en annen organisering som for organisering av FoU-aktiviteter (se Figur 3.2 over). Det kan indikere at aktiviteter knyttet til FoU og forskningsbasert innovasjon er organisert sammen, og at det ikke eksplisitt skilles mellom FoU på den ene siden og forskningsbasert innovasjon på den andre siden.

I intervjuene kommer det fram ulike måter å organisere egen FoUI-virksomhet på. De fleste kommunene hadde ansatte med spesielt ansvar for fagutvikling og FoUI. Disse ressurspersonene har ikke samtidig driftsoppgaver, selv om flere har andre rådgiverfunksjoner utover forskning og innovasjon. Noen av de største kommunene hadde organisert aktiviteten i egne enheter. Enkelte steder er det som nevnt etablert egne ressursentre i samarbeid med andre kommuner.

Noen informanter peker på viktigheten av at det blir et stort nok miljø til å frembringe god forskning. Noen kommuner oppgir at de søker etter ph.d.-kompetanse i flere utlyste stillinger for å utvikle strategisk tenkning og analytisk tilnærming i organisasjonen.

Respondentene ble i spørreundersøkelsen spurt om de alene, eller i samarbeid med andre kommuner har utviklet strategi (er) knyttet til FoU innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Resultatene viser at 64 prosent (n=46) ikke har utviklet strategier, 17 prosent (n=12) svarer «ja, vi er tilsluttet en interkommunal strategi» og 6 prosent (n=4) svarer «ja, vi har en kommunal strategi», 21 prosent (n=15) oppgir «annet»

For de respondentene som oppgir annet, bes det om en nærmere beskrivelse i fritekst. Resultatene viser at noen kommuner oppgir at de er i gang med et strategiarbeid, mens andre påpeker at dette arbeidet gjøres eksempelvis i tilknytning til «utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester», eller i regi av å være universitetskommune. En kommune oppgir at den er representert i KS sitt forskningsnettverk. Flere oppgir også her interkommunalt samarbeid på tvers av flere nåværende og tidligere kommuner. Enkelte oppgir at de har en over-ordnet FoU-strategi, men ikke spesifikt for helse- og omsorgstjenesten.

På samme måte som beskrevet i avsnittet over ble respondentene stilt spørsmål om ulike former for samarbeid i tilknytning til forskningsbasert innovasjon. Resultatene viser her at 53 prosent (n=38) oppgir at de ikke inngår i et slikt samarbeid, 18 prosent (n=13) oppgir at de er tilsluttet en interkommunal plan, mens 19 prosent (n=14) oppgir at «vi har en kommunal plan», mens 14 prosent (n=10) oppgir «annet». I fritekstfeltet for «annet», fremkommer det at for noen kommuner så følger innovasjonsaktiviteten samme retning som FoU-strategien til kommunen. Andre oppgir at strategier utvikles i samarbeid med flere kommuner fra pro-sjekt til prosjekt, og en kommune oppgir at de har etablert et eget selskap «Hel-seinnovasjonssenteret».

Av de kommunene vi har intervjuet, oppgir de fleste at de har en strategi, eller var i ferd med å utvikle en strategi eller plan for FoUI eller fagutvikling. Noen har dette som en del av en kompetanseplan. Noen kommuner oppgir at de har innovasjonsstipend «hvis noen har en ide kan man få midler til å utvikle ideen».

3.3 Finansiering av FoUI-aktiviteten i kommunene

Et av formålene med kartleggingen var å få innsikt i hvordan FoUI-aktiviteter finansieres i kommunene. I spørreundersøkelsen stilles det spørsmål om det er avsatt et eget budsjett til FoUI-aktivitet, eller om noe av denne aktiviteten finansieres gjennom en offentlig ph.d.-ordning. I de kvalitative intervjuene utdypes dette videre ved at informantene blir stilt spørsmål om hvilke muligheter og handlingsrom det oppfattes at kommunene har og eventuelt hvilke finansieringskilder som kommunene benytter seg av.

Tabell 3.4 Prosentandel som oppgir ulike rammer for FoU-prosjekt (N= 72).

	Avsatt eget budsjett til FoU	Avsatt eget budsjett til Forskningsbasert innovasjon	Offentlig ph.d.
Ja	11% (8)	8% (6)	19% (14)
Nei	86% (62)	90% (65)	81% (58)
Vet ikke	3% (2)	1% (1)	
Totalt	100 % (72)	100% (72)	100% (72)

Tabell 3.4 viser at et mindretall av kommunene oppgir at de har et eget budsjett for FoU-prosjekter. 8 prosent (n=6) oppgir at kommunen har avsatt eget budsjett til forskningsbasert innovasjon. Nærmere to av ti kommuner i utvalget oppgir at de har en eller flere ph.d.-kandidater. Blant disse er om lag 70 prosent knyttet til et forskningsprosjekt i helse- og omsorgstjenestene. Et så høyt resultat kan skyldes skjevhet i utvalget; jf. avsnitt 1.4.1.

Mange av våre informanter skiller mellom finansiering av rammene rundt FoUI-arbeidet og finansiering av det enkelte prosjekt. De fleste kommunene som har kommet i gang med FoUI-aktiviteter, bevilger midler til å etablere strukturer og organisering rundt forskningsaktivitetene generelt, mens de enkelte prosjektene finansieres gjennom å søke om midler fra relevante finansieringskilder. Medfinansiering fra kommunen skjer i mange tilfeller i form av arbeidsinnsats.

I intervjuene kom det fram ulike finansieringsordninger. Alle kommunene i Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest bidrar med midler, og dette finansierer rådgiverstillinger. Ifølge våre informanter er et hovedpoeng for rådgiverne å sette agendaen, ikke nødvendigvis å drive forskningen selv. Kommunene har nå ingen helt egenfinansierte forskningsprosjekter, bortsett fra egenandelen til de offentlige ph.d.-stillingene. Bergen kommune deltar i Alrek helseklynge, og de andre kommunene i Kunnskapskommunen har tilgang til helseklyngen gjennom dette. Der legger alle aktørene inn midler som de ulike aktørene igjen kan søke midler fra. Forutsetning for tildeling er at flere fra klyngen er med. Bergen kommune har fått midler fra NFR og KS for å utvikle regionalt samarbeidsorgan.

Trondheim kommune og NTNU finansierer sammen prosjektledere for Universitetskommunen samt de 7 offentlige ph.d.-ene. De enkelte prosjektene har stort sett ekstern finansiering.

Kommunene i Agdersamarbeidet har forpliktet seg til å sette av en bestemt andel av det årlige driftsbudsjett. Østre Agder regionråd har fondsmidler som skal øremerkes forskning i Agderkommunene. Det er lite tradisjon for å søke andre forskningsfond. Våre informanter formidler at man nå forsøker å få til en tredeling

mellom sykehus, kommune og Universitetet i Agder om finansiering av forskningsaktivitet.

Regionalt senter for Helseinnovasjon i Kristiansund har fått midler over statsbudsjettet.

I Øygarden finansieres prosjektene hovedsakelig via Regionalt forskningsfond eller utviklingsprosjekter med midler fra fylkesmann og Helsedirektoratet. Kommunenes bidrag er å bruke egne stillingsressurser inn i prosjektene. Kommunen har imidlertid få stillinger som ikke er knyttet til drift. Det er derfor utfordrende å ha flere prosjekter på gang. Kommunen har nå to ansatte som søker på en doktorgrad, og som får støtte av kommunen til det.

For noen av de mindre kommunene i utvalget får vi oppgitt at det ikke er satt av midler til FoUI-aktivitet. For noen av disse kommunene oppfattes det at det er en uttalt skepsis til slike prosjekter blant lederne ute i tjenesten. Det oppgis videre at tid brukt på slik aktivitet av personer ute i tjenesten i liten grad kompenseres, og eventuelt deltakelse i referansegrupper o.l. må gjøres på fritiden. I enkelte av disse kommunene er den daglige driften med manglende ressurser både i form av økonomi og personell, det som er fokuset, og i langt mindre grad FoUI-aktiviteter.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser videre at 64 prosent (n=46) av kommunene i utvalget deltok i ett eller flere FoU-prosjekter tilknyttet helse- og omsorgstjenestene i perioden 2014-2019. De fleste av disse 46 deltok i 1-5 prosjekter (78 prosent, n=36).

58 prosent (n=42) oppgir at de har deltatt i ett eller flere forskningsbaserte innovasjonsprosjekter innen helse- og omsorgstjenestene i perioden 2014-2019. De fleste kommunene oppgir videre at de har deltatt i 1-5 prosjekter i perioden (88 prosent, n=38).

Det ble stilt et oppfølgingsspørsmål om hvilke tjenester som var berørt av/involvert i prosjektene. Resultatene av oppfølgingsspørsmålet viser at de fleste tjenestene innenfor helse- og omsorgstjenestene har vært involvert eller berørt av FoUI-prosjektene. Den tjenesten som nevnes hyppigst er sykehjem og hjemmebaserte tjenester, men også psykisk helse og rus.

3.4 Identifisering av kunnskapsbehov

For å få innsikt i hvordan helse- og omsorgstjenestene i kommunene identifiserer kunnskapsbehov stilles det spørsmål om kommunen har system for å melde behov for FoUI-prosjekter, og hvordan disse prosjektene realiseres.

Tabell 3.5 System for å melde FoUI-behov (N=72).

	Et system for å melde inn behov for FoU	Et system for å melde behov for forskningsbasert innovasjon
Ja	22% (16)	13 % (9)
Nei	72% (52)	86 % (62)
Vet ikke	6 % (4)	1 % (1)
Totalt	100 % (72)	100 % (72)

Tabellen viser at 22 prosent av de responderende kommunene har et system for å melde inn behov for FoU. Enda færre (13 prosent) har et slikt system for melde behov om forskningsbasert innovasjon.

Fra intervjuene framkommer det at flere kommuner som er involvert i forskningsprosjekter, har et system for hvordan de ansatte kan melde inn ulike forskningsbehov og temaer for mulige masterprosjekter. Et slikt system, hvor forskningsbehov meldes inn og systematiseres, muliggjør målrettet prioritering og åpner for muligheten for å samle flere små prosjekter i en portefølje. En skisse for hvordan en vil ta i bruk resultatene, kan også være en del av systemet for å melde inn et prosjekt.

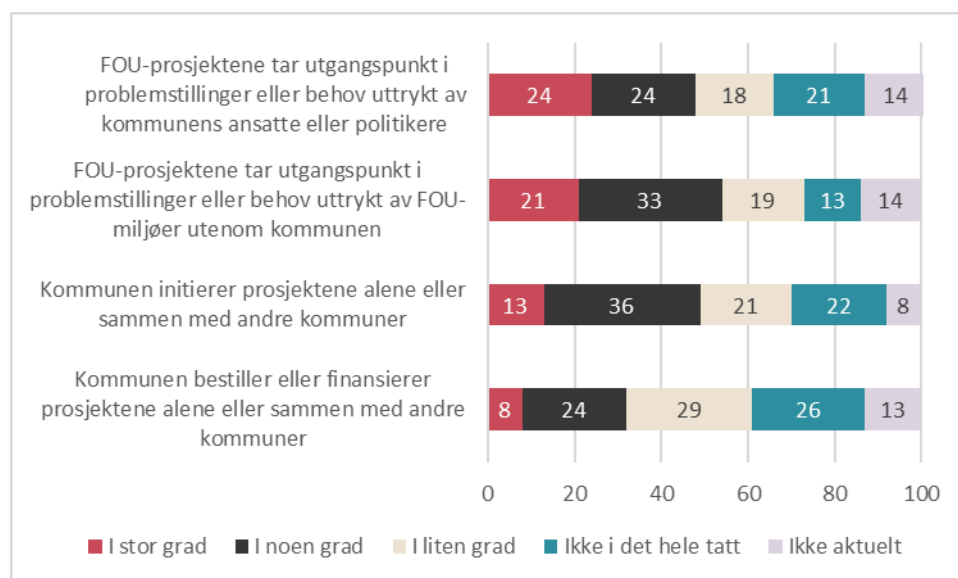
Andre kommuner beskriver at prosjekter kommer i stand via dialog med forskningsmiljøene, og at aktuelle prosjekter blir utformet i samarbeid med ulike forskningsmiljøer. I noen kommuner gjennomføres dialogmøter med forskningsmiljøer, og lokale konferanser der forskere kan presentere sine prosjekter samt ideer til nye.

Noen kommuner gir inntrykk av at det er noe mer tilfeldige prosesser rundt initiativ og utvikling av prosjekter. Flere melder om at initiativene i liten grad kommer fra tjenesteutøverne, men at det kan være enkeltpersoner som «har en forsker i magen». Viktigheten av å støtte opp om slike initiativ, blir trukket fram.

Felles for kommunene som har en FoUI-enhet eller -ressurs, er at mange av forsknings- og innovasjonsprosjektene blir initiert fra denne enheten eller ressursen. Det er en felles oppfatning blant våre informanter at det er mye fokus på at kommunene må være mer involvert i FoUI-aktiviteter/forskning. Noen informanter mener at forskere i liten grad er opptatt av problemstillinger som oppfattes som viktige for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. En annen oppfatning er at forskerne mister interessen når kommunene ønsker å vri prosjektene mer i retning av pågående utviklingsprosjekt. Et tredje synspunkt er at kommunen ikke bør gå for langt i å definere prosjektene da man vil kunne miste interessen fra forskere og relevante interessenter. Flere tar til orde for at kommunene og FoUI-miljøene må komme sammen i en tidlig fase i form av strategiske partnerskap.

3.5 Gjennomføring av forsknings- og innovasjonsaktiviteter

I spørreundersøkelsen ble det stilt en rekke spørsmål om hvordan FoU-prosjekter realiseres. Flere svaralternativer var mulige.



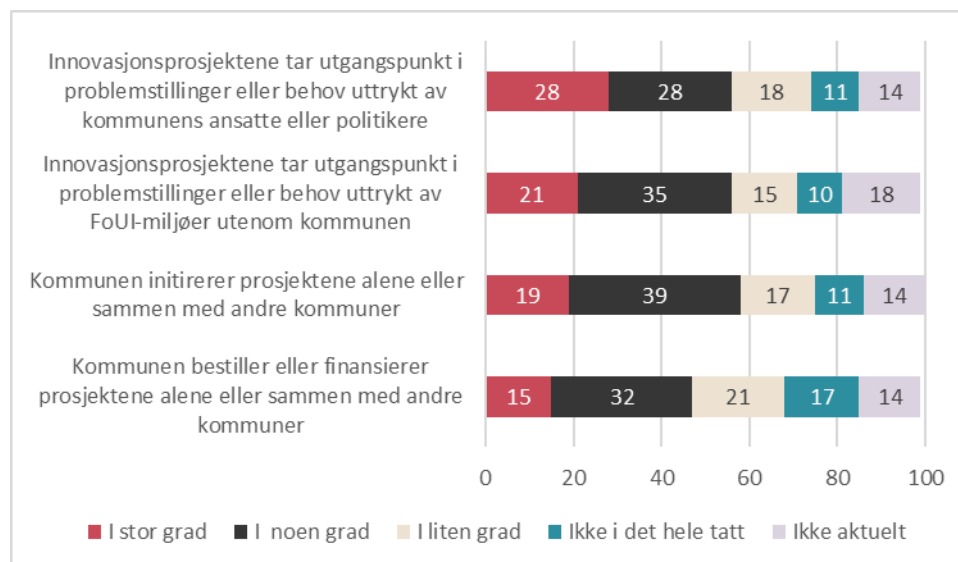
Figur 3.1 Prosentandel som oppgir ulike form for realisering av FoU-prosjekter (N=72).

Figur 3.1 viser at det er ganske vanlig at prosjekter har opphav i miljøer utenfor kommunene. 55 prosent oppgir at FoU prosjekter i noen eller i stor grad har ut-spring i behov fra FoU-miljøer utenfor kommunene. 48 prosent oppgir at prosjek-ter i noen eller i stor grad også kan ta utgangspunkt i problemstillinger eller behov uttrykt av kommunens ansatte eller politikere. Dette tilsier at prosjekter kan ha begge typer opphav. 56 prosent oppgir at kommunen ikke, eller i liten grad bestil-ler eller finansierer prosjekter alene eller sammen med andre kommuner. 49 pro-sent oppgir at kommunen i stor eller i noen grad initierer prosjekter alene eller sammen med andre kommuner.

For innovasjonsprosjekter ser vi at ideer til innovasjonsprosjekt både kommer utenfra og innenfra kommunen. 55 prosent oppgir at prosjektenes problemstil-linger i stor eller noen grad har utgangspunkt i behov uttrykt av miljøer utenfor kommunen. 56 prosent svarer at innovasjonsprosjektene i stor eller noen grad tar utgangspunkt i behov uttrykt av kommunens ansatte og/eller politikere. 47 pro-sent oppgir at kommunen i stor grad eller i noen grad bestiller eller finansierer prosjektene alene eller sammen med andre kommuner. En noe større andel, 58 prosent mener kommunen i stor eller noen grad initierer prosjekter alene eller sammen med andre kommuner.

Fra intervjuene ser vi et litt annet bilde og det beskrives ulike eksempler hvor kommunene selv tar initiativ til forskningsprosjekter. Disse kan ha opphav i

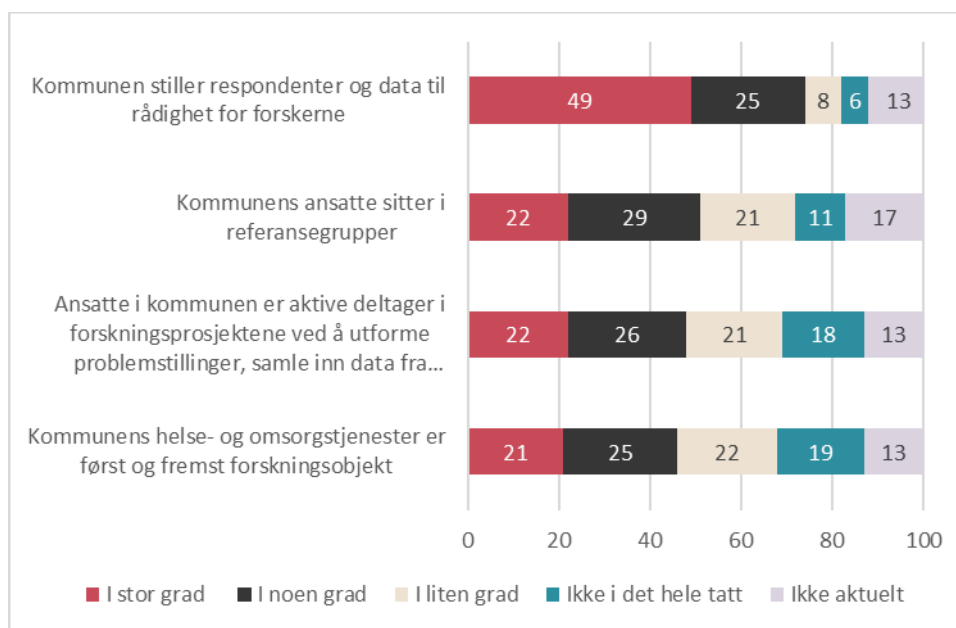
kommunenes tjenestesektorer, men også som følge av politiske ønsker. I flere tilfeller er prosjektene initiert via eller i nettverk, eller gjennom samarbeidende FoU-enheter. Initiativene kan være tilfeldige ut fra ideer som kommer opp, eller drøftes i en mer formalisert dialog med nettverk eller forskningsmiljøene.



Figur 3.2 Prosentandel som oppgir ulike måter å initiere forskningsbaserte innovasjonsprosjekter på (N=72).

Enkelte opplever det som utfordrende å få med forskningsmiljøene på prosjekter. Det er ofte ikke samsvar mellom kommunenes behov og det forskningsmiljøene er opptatt av. Det forekommer likevel at initiativene kommer fra forskningsmiljøene.

Samarbeid med andre kommuner forekommer ganske ofte, men er ikke alltid like enkelt. Kommunene er forskjellige og behov og løsninger i én kommune er ikke umiddelbart overførbare til andre kommuner. Innstilling til og interesse for forskning varierer også. Kommunene kan være opptatt av forskjellige aspekter ved tjenesteinnholdet og en finner dermed ikke uten videre en felles problemforståelse å arbeide ut fra. Da er det enklere å samles rundt statlige initiativer som Velferdsteknologiprogrammet og Folkehelseprogrammet, men dette kan samtidig oppleves som begrensende for hvilke områder som det kan igangsettes FoU-aktivitet.



Figur 3.3 Prosentandel som oppgir ulik form for gjennomføring av forskningsprosjekter (N =72).

Figur 3.3 viser at respondentene er ganske delt i synet på kommunens rolle i forskningsprosjektene: om kommunens helse- og omsorgssektor først og fremst er et forskningsobjekt; noe forskerne synes det er interessant å forske *på*, eller om de er aktive samarbeidspartnere og at man forsker *med* kommunen. 46 prosent mener sektoren i stor eller noen grad først og fremst er et objekt, mens 41 prosent mener sektoren i liten grad eller ikke i det hele tatt er det. En stor andel av respondentene (74 prosent), oppgir at kommunen i stor eller i noen grad stiller respondenter og data til rådighet for forskerne. Synet er mer delt på om ansatte i kommunen er aktive deltagere i forskningsprosjekter. 46 prosent mener ansatte i stor eller noen grad er aktive deltagere, mens 39 prosent mener kommunens ansatte i liten grad eller ikke i det hele tatt er det. Også når det gjelder ansattes deltakelse i referansegrupper er synet ganske delt. 51 prosent mener de ansatte i stor eller i noen grad er deltakere, mens 31 prosent mener de i liten grad eller ikke i det hele tatt er det.

Mindre kommuner mener at det ofte er vanskelig å realisere en idé. De er avhengige av at initiativet kommer fra en forskningsinstitusjon. Samtidig er det begrenset hva man har ressurser til å delta i.

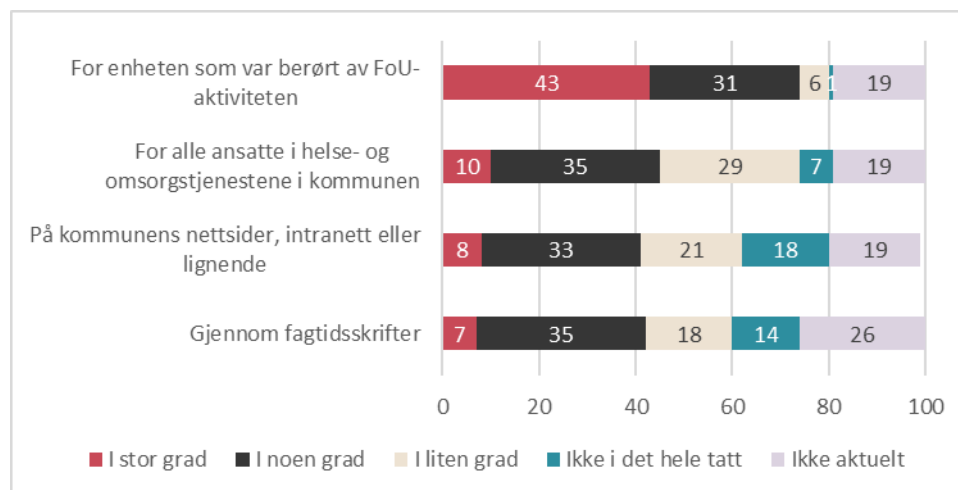
Vi har stilt det samme spørsmålet når det gjelder innovasjonsprosjekter. 35 prosent mener kommunen i liten grad eller ikke i det hele tatt er et objekt, mens 47 prosent mener den i noen eller stor grad er det. Det er vanlig at kommunen stiller med respondenter og data som innsatsfaktorer i prosjektene. 67 prosent mener kommunen i stor eller noen grad gjør dette. Over halvparten (hhv 50 og 54

prosent) mener kommunenes ansatte i stor eller noen grad er aktive deltakere i prosjektene eller sitter i referansegrupper.

I intervjuene kommer det fram at mange av informantene er opptatt av at prosjektene skal springe ut fra praksis, og gjennomføres ute i praksis. De må forankres ute i organisasjonen i tidlig fase. For eksempel erfarer Trondheim at arbeidet med helseplattformen (nytt felles journalsystem mellom kommuner og helseforetak) tar mye oppmerksomhet og ressurser. Informantene peker på at aktuelle forskningsprosjekter derfor må være koblet opp mot dette arbeidet for at tjenestene skal kunne ha kapasitet til arbeidet.

3.6 Presentasjon og bruk av resultater

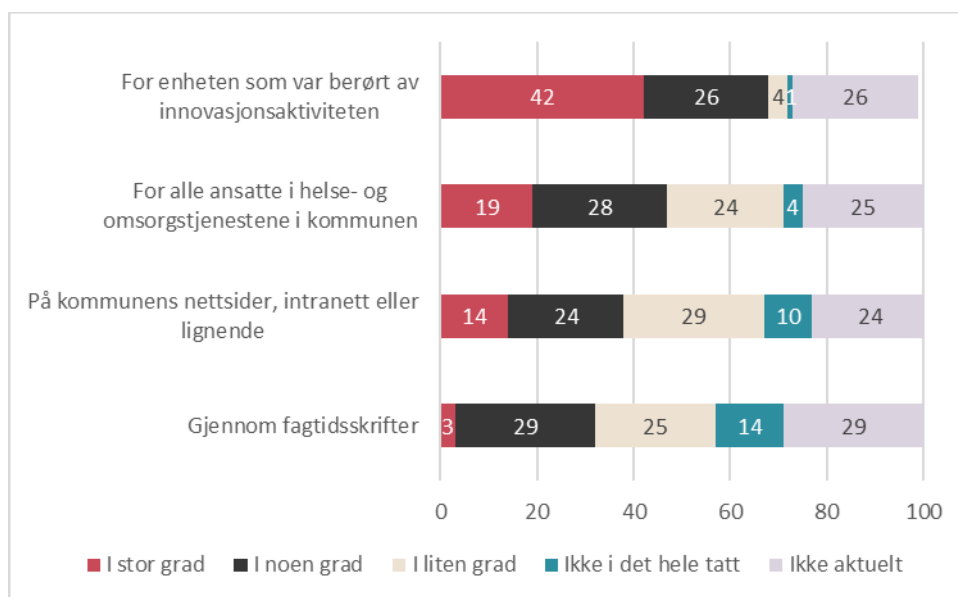
Figurene under viser hvordan resultater fra FoU-aktiviteter og forskningsbasert innovasjon presenteres og brukes i kommunene.



Figur 3.4 Prosentandel som oppgir ulik form for presentasjon og bruk av FoU-resultater (n=72).

Det er vanlig at resultater presenteres for enheten som var berørt av FoU-aktiviteten. Hele 74 prosent oppgir at dette gjøres i noen eller i stor grad. Det er derimot ikke like vanlig at resultater presenteres for alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Her er det 45 prosent av respondentene som oppgir at dette gjøres i stor eller i noen grad. Presentasjon av resultater på kommunens nettsider, intranett eller lignende er omtrent like vanlig. 41 prosent oppgir å gjøre dette i stor eller i noen grad. 42 prosent av respondentene oppgir at forskningsresultater i stor eller noen grad presenteres gjennom fagtidsskrifter.

Når det gjelder innovasjonsaktiviteter, er mønsteret omtrent det samme.



Figur 3.5 Prosentandel som oppgir ulike former for presentasjon og bruk av innovasjonsaktiviteter (N=72).

Det vanligste er at resultater presenteres for enheten som var berørt av innovasjonsaktiviteten. 68 prosent oppgir at dette gjøres i noen eller i stor grad. Det er også vanlig at resultater presenteres for alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Her er det 47 prosent av respondentene som oppgir at dette gjøres i stor eller i noen grad. Presentasjon av resultater på kommunens nettsider, intranett eller lignende er også ganske vanlig. 38 prosent oppgir at dette gjøres i stor eller i noen grad. 32 prosent av respondentene oppgir at resultater fra innovasjonsaktiviteter i stor eller noen grad presenteres gjennom fagtidsskrifter. Gjennomgående oppgir respondentene større innsats i formidling av resultater for FoU-prosjekter, enn for innovasjon generelt¹⁴. Kanalene som oppgis som hyppigst brukt er også omtrent de samme.

I intervjuene er det flere informanter som trekker fram viktigheten av at prosjektene tar utgangspunkt i praksis, og gjennomføres i praksisfeltet. Gjerne i form av prosjektteam ute i driften. Da blir kunnskapen implementert underveis, og tjenesteutøverne blir mer interessert i resultatene. Enkelte informanter trekker fram ringvirkning av at man driver med forskning i praksisfeltet: det blir mer oppmerksomhet på kunnskap og på å stille spørsmål ved dagens praksis. Men viktigheten av at forskeren får følge prosjektene i implementeringsfasen, er også trukket fram.

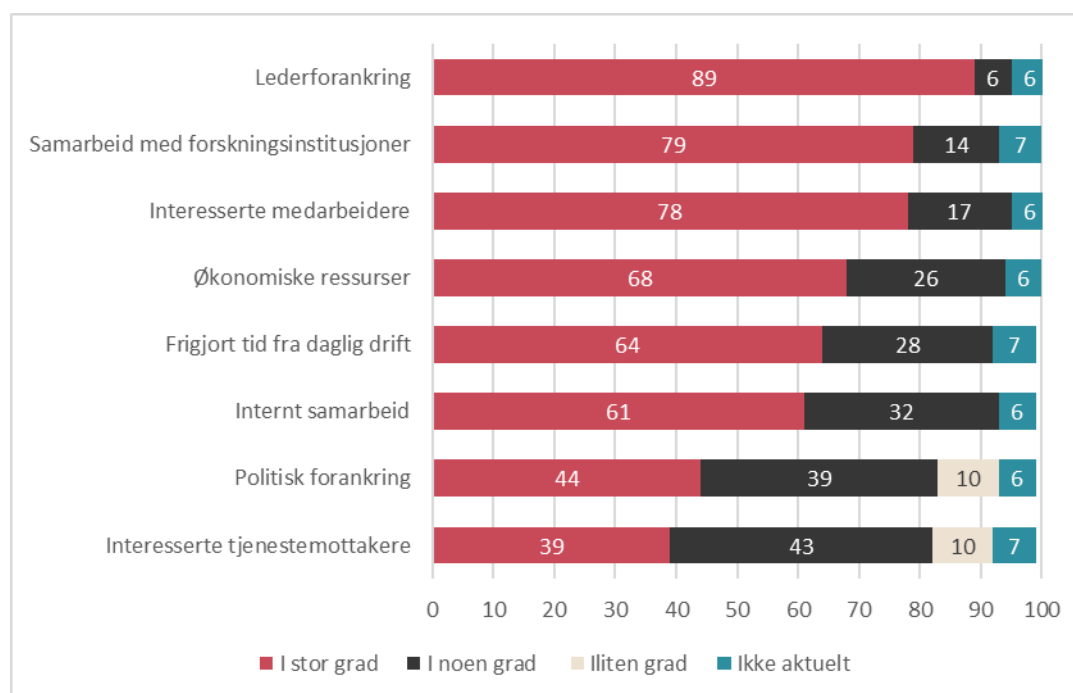
Lederforankring er også viktig i implementering av kunnskapen. Noen kommuner presenterer resultatene fra forskningen for politikerne også, eller har jevnlig lokale konferanser. Samtidig peker flere av informantene på at implementering av kunnskapen er det svakeste leddet.

¹⁴ I KS' Innovasjonsbarometer oppgir 38 % av virksomhetene at de har gjort noe aktivt for å spre innovasjonen.

Noen informanter trekker også fram viktigheten av å beholde de som tar en doktorgrad, i kommunen etter avlagt doktorgrad. Dette både for å ha muligheten for følge forskningen videre fram til eventuell implementering og drift. Delte stillinger med Universitetet, samt store nok forskningsmiljøer i kommunen, er trukket fram som virkemidler for å beholde de som tar doktorgrad.

3.7 Hemmere og fremmere for FoU-aktivitet i kommunene

Respondentene ble bedt om å ta stilling til viktigheten av et sett med oppgitte faktorer som antas å ha betydning for å kunne lykkes med et FoU-prosjekt.



Figur 3.6 Prosentandel som oppgir ulik grad av viktighet av faktorer for å kunne lykkes med et FoU-prosjekt (N=72).

Som Figur 3.6 viser, er lederforankring den klart viktigste faktoren. 89 prosent av respondentene mener dette i stor grad er viktig. På andre plass kommer samarbeid med forskningsinstitusjoner. 79 prosent mener dette i stor grad er viktig. Deretter følger interesserte medarbeidere (78 prosent), økonomiske ressurser (68 prosent), frigjort tid fra daglig drift (64 prosent) og internt samarbeid (61 prosent). Den minst viktige faktoren er politiske forankring (44 prosent) og interesserte tjenestemottakere (29 prosent). Dette bildet sammenfaller i noen grad med funn fra KS' Innovasjonsbarometer, selv om kategoriene ikke er sammenfallende.

I KS' undersøkelse oppgis medarbeidermedvirkning som den viktigste faktoren, fulgt av samarbeid i kommunen, og fokus på forsvarlig drift¹⁵.

Hovedbildet bekreftes i stor grad i intervjuene. For å få til denne forskningen, peker alle informantene på at ledere i kommunen viktig. Flere formidler historier om toppledere i kommunen som kommer fra akademia, eller selv har erfaring med forskning. I en kommune har alle ledere vært gjennom en lederskole. Der har også forskning og innovasjon vært løftet fram. Noen av informantene trekker fram at lederstøtte er særlig viktig i oppstart. Når strukturen etablert, er lederentusiasmen mindre viktig.

Det kan se ut fra intervjuene som om den viktigste motivasjonen for å drive med forskning, sett fra de kommunene som har et engasjement for det, er behovet for å levere gode og effektive tjenester. Kommunene har ansvar for tjenester og behovet er økende. Dette gjør at ledere og politikere er opptatt av at man bruker ressursene mest mulig effektivt. Flere av informantene mener beslutningstakerne i kommuner mener de ikke har noe valg, man må drive med forskning og fagutvikling i denne tjenesten.

Informantene peker også på at det har skjedd en utvikling. Tidligere var det mange både av tjenesteutøverne, medarbeiderne, lederne og politikeren som ikke så noen hensikt med forskning. Det handlet om noe annet enn den daglige driften og tjenesten for pasientene. Nå er det mange flere som ser viktigheten av forskning og forskning etterspørres. Det blir da viktig at man forsker på det som har direkte implikasjoner for tjenestene og for brukerne og de pårørende.

Andre faktorer som blir trukket fram for å lykkes, er engasjerte og interesserte medarbeidere og et godt klima i samarbeidet med forskningsmiljøet. Samarbeidet med akademia forutsetter også at forskerne forstår rammebetingelsen i en kommune: at det legges årsplaner og budsjetter året før for eksempel. Det er da vanskelig å lansere et forskningsprosjekt midt i et driftsår. Kommunen og forskningsmiljøet må også komme i samsnakking i tidlig fase, ikke bare utvikle bestillingskompetanse.

Viktigheten av at noen har en rolle dedikert til å legge til rette for og støtte opp om forskning og innovasjon, blir trukket fram som vesentlig av våre informanter. Noen som ikke er en del av driftsorganisasjonen, eller som i det minste har noe frigitt tid til å drive med FoU/FoUI.

Det kan se ut som om våre informanter opplever at hindringene var størst i starten av forskningsaktiviteten. Når strukturer og samarbeid er etablert, bruker man mindre tid og ressurser på dette.

Det er likevel slik at ressurser er en utfordring. Men har man ressurser til å rigge strukturen, peker informantene på at det er lettere å søke om eksterne midler. Å søke Forskningsrådet om midler forutsetter gjerne at det er en godkjent

¹⁵ KS Innovasjonsbarometer 2020.

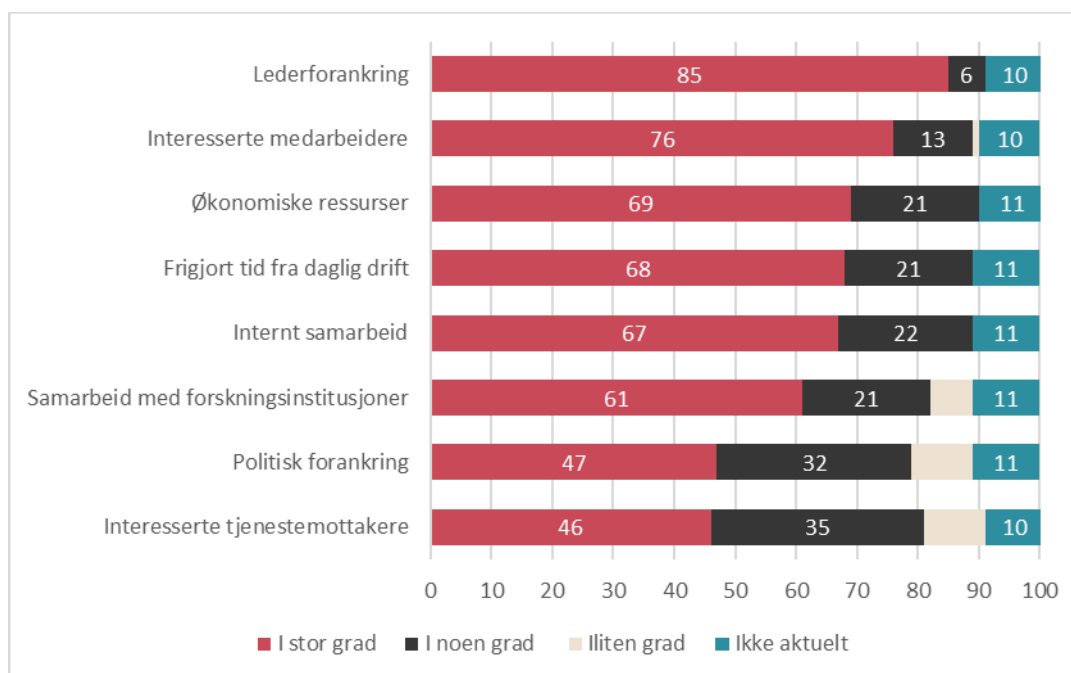
forskningsinstitusjon bak søknaden eller at det er etablert samarbeid med en forskningsinstitusjon. Kommunene kan ikke være søkere alene. Mange av våre informanter peker også på at Forskningsrådets tilsagn henger høyt, og at det oppleves mer realistisk å søke midler andre steder.

Informantene peker på utfordringen med at det er en lang vei fra identifisert et kunnskapsbehov til man har kunnskapen, samt at det er utfordrende å endre praksis. Ny praksis må også være lederforankret. Gevinstrealisering, for eksempel innen velferdsteknologi, viser seg også å være utfordrende. Tiltakene øker kvalitet, men krever foreløpig ofte mer ressurser. Da blir det vanskeligere å implementere resultatene i praksis. KS' Innovasjonsbarometer peker på lignende årsaker. Ca 25 prosent oppgir å ha forsøkt å gjennomføre innovasjoner uten å lykkes. Manglende samarbeid, dårlig planlegging, manglende økonomiske ressurser og manglende ledelsesforankring oppgis som de viktigste årsakene til at en ikke lykkes¹⁶.

Den relativt høye graden av egenfinansieringen som kreves for å huse en offentlig ph.d.-student er beskrevet som vanskelig for små kommuner. Å samarbeide med mange kommuner har også sine utfordringer; det kan bli mye «gi og ta» og generere lite kreativitet i prosessen med å jobbe fram gode prosjekter. Prosjektenes ambisjonsnivå kan strupes av hensynet til å få med seg alle.

Det er en noe annen svarfordeling på spørsmålet om faktorer for å lykkes med et innovasjonsprosjekt. Lederforankring, men også interesserte medarbeidere, er de faktorene som rapporteres å i stor grad måtte være til stede for å lykkes med forskningsbaserte innovasjonsprosjekter. Samarbeid med forskningsinstitusjoner rapporteres å være mindre viktig for innovasjonsprosjekter enn for rene forskningsprosjekter. Politisk forankring og interesserte tjenestemottakere vurderes, på lik linje som for FoU-aktivitet, å være viktig for å lykkes med innovasjonsprosjekter, og i underkant av 50 prosent oppgir at det i stor grad har betydning for lykkes.

¹⁶ KS' Innovasjonsbarometer 2020



Figur 3.7 Prosentandel som oppgir ulik grad av viktighet av faktorer for å kunne lykkes med et innovasjonsprosjekt (N=72).

3.8 Videre planer

De fleste kommunene vi har snakket med, har vært opptatt av å videreutvikle forskningen og forskningssamarbeidet, mens enkelte opplever at de ikke har anledning til mer enn driftsfokus innenfor de rammene de har.

Noen vil tydeliggjøre arbeidet i politisk vedtatte strategier for å stake ut videre kurs. Å følge opp og finne en rolle i det forskningssamarbeidet som er skissert i KSF-rapporten¹⁷, slik som klynge eller motorkommune, blir nevnt av flere. Andre konsentrerer seg om å utvikle samarbeidet med forskningsinstitusjoner. Avklaring av problemstillinger knyttet til delte stillinger mellom kommune og universitet er trukket fram, samt samarbeid rundt masteroppgaver og utvikling av forskningsprosjekter.

Å styre innsatsen mot noen hovedsatsinger, gjerne tverrgående, er også nevnt. Enkelte nevner også viktigheten av at personer som har hatt en offentlig ph.d., eller vært knyttet til kommunen i et doktorgradsarbeid, har lyst til å fortsette i kommunen etter disputasen. Det må kommunene lage en struktur for.

¹⁷ Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2014): HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, Rapport 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015-2018).

Kommunenes strategiske forskningsorgan (2019): Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Lov-2011-06-24-30.

NIFU og SSB (2015): FoU-statistikk 2013. Spørreskjema, brev, veiledninger m.m. vedrørende innhenting av opplysninger til den nasjonale FoU-statistikken for alle sektorer for 2013. NIFU Arbeidsnotat 17/2015

OECD (2015): The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities. Frascati Manual 2015. Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, OECD 2015.

Prop. 91 L (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Wiig, Ole, Kristoffer Rørstad og Pål Børing (2016): Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegging av ressursinnsats og resultater, NIFU Rapport 2016:32.

Vedlegg 1 – spørreskjema til kommunene

Invitasjonsepost:

Invitasjon til undersøkelse om «Kartlegging av forskning rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester - NFR-prosjektet»

Agenda Kaupang gjennomfører på vegne av Norges forskningsråd en spørreundersøkelse om forskning, utviklingsarbeid og innovasjon (FoUI) rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vi ber postmottak om å sende denne e-posten videre til lederen

(kommunaldirektør/kommunalsjef) for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

NB! E-posten inneholder en unik link til spørreskjema. Det betyr at linken kan brukes til kun én besvarelse, felles for kommunen.

Takk for hjelpen.

Vennlig hilsen

Eilin Ekeland

prosjektleder

Agenda Kaupang AS

Til leder for helse- og omsorgstjenestene i kommunen,

Undersøkelse om «Kartlegging av forskning rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester - NFR-prosjektet»

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) og Agenda Kaupang har fått i oppdrag fra Norges forskningsråd å kartlegge forskning, utviklingsarbeid og innovasjon (FoUI) rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget innebærer en kartlegging av ressurser til, og resultater av FoUI-aktiviteter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskningsrådet ønsker også kunnskap om kommunenes erfaringer. I denne kartleggingen vil det

gjennomføres i) en spørreundersøkelse til norske kommuner og ii) intervjuer med representanter for utvalgte kommuner. (I tillegg vil det bli gjennomført en kartlegging av ressursbruk til FoU rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved universiteter, høyskoler, helseforetak, institutter mv., og en kartlegging av resultater av slik FoU, i hovedsak basert på publiseringsdata.)

Denne spørreundersøkelsen har som formål å kartlegge strukturer, ressursbruk, og samhandling knyttet til FoUI-aktivitet rettet mot helse- og omsorgstjenester i norske kommuner.

FoUI består av to komponenter, henholdsvis FoU og Innovasjon:

Definisjon på FoU

Kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser (se mer: <https://www.nifu.no/fou-statistiske/foustatistikk/om-fou/definisjoner-og-klassifiseringer/>).

Definisjon på innovasjon

Innovasjon baserer seg på resultater av enten ny teknologisk utvikling, nye kombinasjoner av eksisterende teknologi eller utnyttelse av annen kunnskap. Innovasjon kan altså ha ulike kilder. I denne analysen er perspektivet begrenset til forskningsbasert innovasjon (se mer s.89: <https://nifu.brage.unit.no/nifuxmlui/bitstream/handle/11250/2423142/NIFUrapport2016-32.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

Om FoU og Innovasjon i denne undersøkelsen

Om en aktivitet skal registreres som FoU i dette spørreskjemaet, er det en forutsetning arbeidet er basert på vitenskapelige metoder. Det er dermed ikke alt av kommunens utviklingsarbeid som skal registreres.

Om en aktivitet skal registreres som innovasjon i dette spørreskjemaet, er det en forutsetning at det dreier seg om igangsatte aktiviteter som medfører endret eller ny praksis basert på forskningsbasert kunnskap.

Hvem bes svare på undersøkelsen?

Som leder for helse- og omsorgstjenestene i kommunen kan du velge å svare på undersøkelsen selv, eller sende den videre til *den* du mener har best forutsetninger for å svare. *Undersøkelsen tillater kun én besvarelse fra kommunen.*

Klikk på linken under for å komme til svarskjema:

Dersom linken ikke er aktiv når du klikker på den, kopier linken og lim den inn i adressefeltet i nettleseren.

Vi håper du vil ta deg tid til å bidra.

Vennlig hilsen
Eilin Ekeland
prosjektleder
Agenda Kaupang AS

Har du spørsmål?

Dersom du har spørsmål til utfyllingen av, eller kommentarer til undersøkelsen, er du velkommen til å kontakte Agenda Kaupang ved Eilin Ekeland på e-post: eilin.ekeland@agendakaupang.no, tlf. 41 55 90 30, eller Morten Stenstadvold på e-post: morten.stenstadvold@agendakaupang.no, tlf. 41 20 99 23.

Spørreundersøkelse

1 Velkommen

Kartlegging av FoUI rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester

Takk for at du tar deg tid til å svare på denne spørreundersøkelsen. Undersøkelsen har til hensikt å kartlegge strukturer, ressursbruk, og samhandling knyttet til FoUI-aktivitet rettet mot helse- og omsorgstjenester i norske kommuner.

FoUI består av to komponenter, henholdsvis FoU og Innovasjon:

- Om en aktivitet skal registreres som FoU i dette spørreskjemaet, er det en forutsetning arbeidet er basert på vitenskapelige metoder. Det er dermed ikke alt av kommunens utviklingsarbeid som skal registreres.
- Om en aktivitet skal registreres som innovasjon i dette spørreskjemaet, er det en forutsetning at det dreier seg om igangsatte aktiviteter som medfører endret eller ny praksis basert på forskningsbasert kunnskap.

Klikk på Neste-knappen for begynne.

2 INNLEDENDE SPØRSMÅL

BAKGRUNN

Er kommunen vertskommune for en eller flere høyskoler, universiteter, forskningsinstitutter, helseforetak eller andre som utfører FoUI innen helse- og omsorgstjenester?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

2.1.1 Filter - Ja, vertskommune

Hva er kommunen vertskommune for?

Flere svar mulig

- ☐ Høyskole
- ☐ Universitet
- ☐ Forskningsinstitutt
- ☐ Helseforetak
- ☐ Annet

3 INNLEDENDE SPØRSMÅL

BAKGRUNN

Har kommunen hatt et formelt samarbeid med et FoUI-miljø (forskningsinstitusjon, forskningsinstitutter, helseforetak eller andre) på et eller flere prosjekter rettet mot helse- og omsorgsektoren i perioden 2014-2019?

Spørsmålet dreier seg *ikke* om samarbeid relatert til praksis for studenter på ulike profesjonsutdanninger.

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

3.1.1 Filter - Ja, har samarbeid

Hvem tok initiativ til samarbeidet?

- ☐ Kommunen tok kontakt
- ☐ Et FoUI-miljø tok kontakt
- ☐ Det var tilfeldig
- ☐ Vet ikke

3.2.1 Filter - Nei, ikke samarbeid

Hva er årsaken til at dere ikke har hatt et formelt samarbeid med et FoUI-miljø?

- ☐ Har blitt kontaktet av et FoUI-miljø og svart nei på forespørselen
 - ☐ Har tatt kontakt med et FoUI-miljø, men ikke fått positivt svar
 - ☐ Ingen har tatt initiativ
-

4 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Om en aktivitet skal registreres som FoU i dette spørreskjemaet, er det en forutsetning at arbeidet er basert på vitenskapelige metoder. Det er dermed ikke alt av kommunens utviklingsarbeid som skal registreres.

Har kommunen en egen dedikert enhet som driver FoU-aktiviteter?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

4.1.1 Filter - Ja, har dedikert enhet

Er en del av aktiviteten rettet mot helse- og omsorgstjenestene?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

4.2.1 Filter - Nei, ikke dedikert enhet

Har dere en FoU-ansvarlig for prosjekter rettet mot helse- og omsorgstjenestene?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Er det organisert på annet vis, som i team, nettverk eller andre enheter/strukturer?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

5 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Har dere, alene eller i samarbeid med andre kommuner, utviklet strategi(er) knyttet til FoU innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen?

Flere svar mulig.

- ☐ Ja, vi er tilsluttet en interkommunal strategi/plan
- ☐ Ja, vi har en kommunal strategi
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke
- ☐ Annet (vennligst spesifiser):

6 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Har kommunen et system for å melde inn behov for FoU rettet mot helse- og omsorgstjenesten?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Har kommunen avsatt eget budsjett til FoU?

- ☐ Ja
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke
-

6.1.1 Filter - Ja, har budsjett

Er det egen pott til FoU i helse- og omsorgstjenesten?

- ☐ Ja - opplys budsjettrammen for 2020:
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

7 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Har kommunen en eller flere Offentlig sektor ph.d.-kandidater?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

7.1.1 Filter - Ja, har ph.d.-kandidater

Er ph.d.-stillingen knyttet til helse- og omsorgstjenestene?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

8 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Deltok kommunen i ett eller flere FoU-prosjekter innen helse- og omsorgstjenesten i perioden 2014-2019?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

8.1.1 Filter - Ja, har deltatt i prosjekter

Kan du gi et anslag på hvor mange prosjekter kommunen deltok i?

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10
- ☐

11-20

☐ Over 20

☐ Vet ikke

Hvilke tjenester var berørt av/involvert i prosjektene?

9 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Hvilken rolle har kommunen vanligvis i FoU-prosjekter rettet mot helse- og omsorgstjenesten?

Vi ber deg gradere langs følgende skala:

Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noen grad - I stor grad - Ikke aktuelt

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Kommunen initierer prosjektene alene eller sammen med andre kommuner	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunen bestiller eller finansierer prosjektene alene eller sammen med andre kommuner	☐	☐	☐	☐	☐
FoU-prosjektene tar utgangspunkt i problemstillinger eller behov uttrykt av kommunens ansatte eller politikere	☐	☐	☐	☐	☐
FoU-prosjektene tar utgangspunkt i problemstillinger eller behov uttrykt av FoU-miljøer utenom kommunen	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunens ansatte sitter i referansegrupper	☐	☐	☐	☐	☐
Ansatte i kommunen er aktive deltager i forskningsprosjektene ved å utforme problemstillinger, samle inn data fra brukere/pasienter, delta i analysearbeid, publisering mv.	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunen stiller respondenter og data til rådighet for forskerne	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunens helse- og omsorgstjenester er først og fremst forskningsobjekt	☐	☐	☐	☐	☐

I hvilken grad, og eventuelt hvordan, blir resultatene fra FoU-aktivitetene dere deltok i, presentert for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester?

Vi ber deg gradere langs følgende skala:

Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noen grad - I stor grad - Ikke aktuelt

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
For alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐
For enheten som var berørt av FOU-aktiviteten	☐	☐	☐	☐	☐
På kommunens nettsider, intranett eller lignende	☐	☐	☐	☐	☐
Gjennom fagtidsskrifter	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor viktig er faktorene nedenfor for å kunne lykkes med et FoU-prosjekt hos dere?

Vi ber deg gradere langs følgende skala:

Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noen grad - I stor grad - Ikke aktuelt

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Frigjort tid fra daglig drift	☐	☐	☐	☐	☐
Samarbeid med forskningsinstitusjoner	☐	☐	☐	☐	☐
Internt samarbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Økonomiske ressurser	☐	☐	☐	☐	☐
Interesserte medarbeiderne	☐	☐	☐	☐	☐
Interesserte tjenestemottakere	☐	☐	☐	☐	☐
Politisk forankring	☐	☐	☐	☐	☐
Lederforankring	☐	☐	☐	☐	☐
Annet, spesifiser og gradér:	☐	☐	☐	☐	☐

FORSKNINGSBASERT INNOVASJON

Om en aktivitet skal registreres som innovasjon i dette spørreskjemaet, er det en forutsetning at det dreier seg om igangsatte aktiviteter som medfører endret eller ny praksis som følge av forskningsbasert kunnskap.

Har kommunen en egen enhet ansvarlig for forskningsbasert innovasjon?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

10.1.1 Filter - Ja, har egen enhet

Er en del av denne enhetens aktiviteter rettet mot helse og omsorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

10.2.1 Filter - Nei, ikke egen enhet

Har dere en innovasjonsansvarlig for prosjekter rettet mot helse- og omsorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Er det organisert på annet vis, som i team, nettverk eller andre enheter/strukturer?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

11 FORSKNINGSBASERT INNOVASJON

Har dere, alene eller i samarbeid med andre kommuner, utviklet strategi(er) eller planer knyttet til forskningsbasert innovasjon innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen?

Flere svar mulig.

☐ Ja, vi er tilsluttet en interkommunal strategi/plan

☐ Ja, vi har en kommunal strategi/plan

☐ Nei

☐ Vet ikke

☐ Annet (vennligst spesifiser):

12 FORSKNINGSBASERT INNOVASJON

Har kommunen et system for å melde inn behov for forskningsbasert innovasjon i helse- og omsorgstjenesten?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har kommunen avsatt eget budsjett til forskningsbasert innovasjon?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

12.1.1 Filter - Ja, har budsjett

Er det egen pott til forskningsbasert innovasjon i helse- og omsorgstjenesten?

☐ Ja - opplys budsjettrammen for 2020:

☐ Nei

☐ Vet ikke

13 FORSKNINGSBASERT INNOVASJON

Deltok kommunen i et eller flere forskningsbaserte innovasjonsprosjekter innen helse og omsorgstjenesten i perioden 2014- 2019?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

13.1.1 Filter - Ja, har deltatt i prosjekter

Kan du gi et anslag på hvor mange prosjekter kommunen deltok i?

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-20
- ☐ Over 20
- ☐ Vet ikke

Hvilke tjenester var berørt av/involvert i prosjektene?

14 FORSKNINGSBASERT INNOVASJON

Hvilken rolle har kommunen vanligvis i innovasjonsprosjektene rettet mot helse- og omsorgstjenesten?

Vi ber deg gradere langs følgende skala:

Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noen grad - I stor grad - Ikke aktuelt

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Kommunen initierer prosjektene alene eller sammen med andre kommuner	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunen bestiller eller finansierer prosjektene alene eller sammen med andre.	☐	☐	☐	☐	☐
Innovasjonsprosjektene tar utgangspunkt i problemstillinger eller behov uttrykt av kommunens ansatte eller politikere	☐	☐	☐	☐	☐
Innovasjons- prosjektene tar utgangspunkt i problemstillinger eller behov uttrykt av FoU-miljøer utenom kommunen	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunens ansatte sitter i referansegrupper	☐	☐	☐	☐	☐
Ansatte i kommunen deltar som en aktiv deltager i innovasjonsprosjektene ved å utforme problemstillinger, teste ut mv.	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunen stiller respondenter og data til rådighet	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunens helse- og omsorgstjenester er først og fremst innovasjonsobjekt	☐	☐	☐	☐	☐

I hvilken grad blir resultatene fra innovasjons-prosjektene dere deltok i, presentert for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester?

Vi ber deg gradere langs følgende skala:

Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noen grad - I stor grad - Ikke aktuelt

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
For alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐
For enheten som var berørt av FOU-aktiviteten	☐	☐	☐	☐	☐
På kommunens nettsider, intranett eller lignende	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

Gjennom fagtidsskrifter

Hvor viktig er faktorene nedenfor for å kunne lykkes med et forskningsbasert innovasjonsprosjekt hos dere?

Vi ber deg gradere langs følgende skala:

Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noen grad - I stor grad - Ikke aktuelt

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Frigjort tid fra daglig drift	☐	☐	☐	☐	☐
Samarbeid med forskningsinstitusjoner	☐	☐	☐	☐	☐
Internt samarbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Økonomiske ressurser	☐	☐	☐	☐	☐
Interesserte medarbeiderne	☐	☐	☐	☐	☐
Interesserte tjenestemottakere	☐	☐	☐	☐	☐
Politisk forankring	☐	☐	☐	☐	☐
Lederforankring	☐	☐	☐	☐	☐
Annet, spesifiser og gradér: 	☐	☐	☐	☐	☐

15 KONTAKT?

Avslutningsvis: Vi ønsker også å snakke med representanter fra kommuner som er kommet ulikt i gang med sitt FoUI-arbeid. Da vil vi særlig fokusere på deres erfaringer med kommunalt FoUI-arbeid rettet mot helse- og omsorgstjenestene.

Kan vi eventuelt kontakte deg for en samtale?

Hvis ja: Hvilken e-postadresse ønsker du å bli kontaktet på?

16 AVSLUTNING

Du har nå besvart spørsmålene vi ønsket å stille deg.

Trykk på neste-knappen for å levere skjemaet!

17 Siste side

Din besvarelse er nå levert.

Takk for at du deltok!

Vedlegg 2 – søkeord i den bibliometriske analysen

Engelske søkeord:

care at home	home visit
care in home	homecare
care research	home-dwelling
care service	home-living patient
care technology	homes of elderly
care to older	in-home service
care work	local medical centre
caregiver	municipal
child welfare authorities	nursing home
child welfare health-care provider	nursing service
child welfare program	older home resident
child welfare service	physiotherapy service
community dwelling	primary antenatal care
community-dwelling	primary care
coordination reform	primary health
day care	primary medical
dementia care	primary medicine
dental service	primary prenatal care
dentist	professional child protection
elderly care	psychiatric service
emergency department	reablement
general pract	regional medical cent
gp	residential care
health clinic	residential institutions for young children
health service	rural medicine
home care	rural psychiatry
home health care	school health service
home health-care	telecare
home nursing	

Norske søkeord:

allmennlege	omsorgsarbeid
allmennpraksis	omsorgsforsk
barnevern	omsorgsperson
boligomsorg	omsorgssektor
dagaktivitetstilbud	omsorgsteknologi
dagtilbud	omsorgstjeneste
demensomsorg	omsorgstjeneste
distriktpsykiatri	pleiehjem
distriktsmedisin	pleietjeneste
eldre hjemmeboende	primærhelse
eldrehjem	primaerhelse
eldreomsorg	primærmedisin
fastlege	primaermedisin
fysioterapitjeneste	primæromsorg
helsestasjon	primaeromsorg
helsetjeneste	primærhelse
hjemmebesøk	primærmedisin
hjemmebesøk	primæromsorg
hjemmeboende pasient	primerhelse
hjemmepleie	primermedisin
hjemmesykepleie	primeromsorg
hjemmetjeneste	psykiatritjeneste
hverdagsrehabilitering	samhandlingsreformen
kommunal	skolehelsetjeneste
kommune	sykehjem
legetjeneste	sykepleietjeneste
legevakt	tannhelsetjeneste
lokalmedisinsk senter	tannlege
omsorg til eldre	velferdsteknologi

Vedlegg 3 – Definisjoner av forskning og utviklingsarbeid (FoU) og innovasjon

Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

FoU-begrepet bygger på internasjonale retningslinjer utviklet gjennom OECD og nedfelt i den såkalte Frascati-manualen (OECD 2015). I norsk oversettelse er FoU definert som (se f.eks. NIFU og SSB 2015:81ff):

Kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.

Viktige kriterier for å skille FoU fra annen aktivitet er følgende:

- At aktiviteten som element i FoU må inneholde et erkjennbart element av nyskaping eller reduksjon av vitenskapelig eller teknologisk usikkerhet. Usikkerhet foreligger når løsningen på et problem ikke er åpenbar for en som kjenner den grunnleggende kunnskapen og teknikkene på området.
- At aktiviteten har en viss systematikk, blant annet må den være dokumentert på en måte som gjør den reproduserbar.
- At løsningen på problemet må være av global karakter, dvs. ha nyhetsverdi i forhold til kunnskapsfronten og ikke bare for den institusjon der den utarbeides eller implementeres.
- At aktiviteten er satt i gang for å tjene FoU-formål til forskjell fra rutinearbeid.

FoU deles ofte i tre aktivitetstyper:

- **Grunnforskning** er eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta – uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.
- **Anvendt forskning** er i likhet med grunnforskning virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap, men er primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. Forskning forventes dessuten ofte å

resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller ha intensjon om å gjøre det.

- **Utviklingsarbeid** er systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

Om en aktivitet skal registreres som utviklingsarbeid i denne forstand, er en helt grunnleggende forutsetning at den også faller inn under FoU-begrepet, med vekt på elementer som nyskaping, reduksjon av vitenskapelig usikkerhet, systematikk og nyhetsverdi i forhold til kunnskapsfronten i global forstand; jf. definisjon foran.

Innovasjon

Statistisk sentralbyrå definerer i sine innovasjonsundersøkelser begrepet på følgende måte (NIFU og SSB 2015:157ff):

Innovasjon er basert på resultater av enten ny teknologisk utvikling, nye kombinasjoner av eksisterende teknologi eller utnyttelse av annen kunnskap ervervet av foretaket. Dette omfatter FoU, men også annen aktivitet.

Innovasjon kan altså ha ulike kilder – alt fra avansert og grunnleggende teknologisk og annen forskning til praksisbaserte fornyings- eller forbedringstiltak. I denne analysen er perspektivet begrenset til forskningsbasert innovasjon. Innovasjon kan også inndeles i ulike typer, hvorav vi i dette prosjektet har valgt ut følgende:

- **Produktinnovasjon** (varer og tjenester) er en vare eller tjeneste som enten er ny eller vesentlig forbedret med hensyn på dets egenskaper, tekniske spesifikasjoner, komponenter, brukervennlighet eller delsystemer.
- **Prosessinnovasjon** innebærer å implementere en ny eller vesentlig forbedret produksjonsteknologi eller -metode, en ny eller vesentlig forbedret metode for levering/distribusjon av varer eller tjenester eller andre nye eller vesentlig forbedrede støttesystemer eller prosesser.
- **Organisasjonsinnovasjon** er gjennomføring av nye organisatoriske metoder i foretaket (inkl. kunnskapssystemer), organisering av arbeidsrutiner/-prosesser eller bruk av nye eksterne relasjoner for foretaket. Endringene må være resultat av strategiske beslutninger i foretaket. Sammenslåing med andre eller oppkjøp av andre foretak omfattes ikke.

Produktinnovasjoner skal være nye for virksomheten, men må ikke nødvendigvis være nye for markedet. Her går det et skille i forhold til FoU som krever at virksomheten har et nyhetselement i global forstand. Det er heller ikke avgjørende om

innovasjonen er utviklet av den aktuelle virksomheten eller av andre, men rent videresalg av nye produkter som er fullt og helt utviklet og produsert av andre, omfattes ikke av definisjonen. Heller ikke endringer av bare estetisk natur skal inkluderes.¹⁸

En vare er som oftest et fysisk objekt, slik som en smarttelefon, et møbel eller en salgspakke med programvare, men nedlastbar programvare, film eller musikk er også varer. En tjeneste er som oftest uhåndgripelig, slik som handel, forsikring, kurs, flyreiser, konsulentvirksomhet mv.

Tilsvarende skal en prosessinnovasjon være ny for virksomheten, men det må ikke nødvendigvis være den som var den første til å introdusere denne prosessen, og det er heller ikke avgjørende om innovasjonen er utviklet av den aktuelle virksomheten eller av andre. Rene organisasjonsmessige endringer skal ikke inkluderes her.

Organisasjonsinnovasjon kan dekke ny forretningspraksis for organisering av arbeid eller prosedyrer (f.eks. styring av forsyningskjeder, prosessomlegging/-optimalisering, kvalitetsstyring, opplæringssystemer) eller nye metoder for organisering av arbeidsansvar og beslutninger innen virksomheten (første gangs bruk av nye systemer for delegering av ansvar og beslutninger til ansatte, teamarbeid, desentralisering, integrering eller oppsplitting av avdelinger, opplæringssystemer mv.). Organisasjonsinnovasjon omfatter også nye metoder for organisering av eksterne relasjoner til andre foretak eller offentlige institusjoner som bruk av allianser, partnerskap, utskilling av aktiviteter, bortsetting (outsourcing), underkontrahering (sub-contracting) for første gang.

Det er denne forståelsen av begrepene forskning, eller FoU, og innovasjon som legges til grunn i undersøkelsen. Bakgrunnen for og forståelsen av hva som ligger i kommunale helse- og omsorgstjenester og forskning og innovasjon knyttet til disse tjenestene, kommer vi tilbake til i kapittel 2.

¹⁸ Det skal imidlertid tas med under markedsinnovasjon, som ikke dekkes i denne undersøkelsen.

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor 2010-2019.	32
Tabell 2.2 Antall vitenskapelige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter enhet og sektor i periode 2017-2019. Antall, sektorbidrag og andel av total.	40
Tabell 2.3 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2017-2019 etter tidsskrift og forlag. Antall publikasjoner og kvalitetsnivå.	44
Tabell 2.4 Andel norskspråklige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor og fagområder, for perioden 2017-2019.	46
Tabell 2.5 Andel publikasjoner i samarbeid mellom institusjoner, type institusjon, sektor som er relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019.	48
Tabell 3.1 Prosentandel som oppgir ulik tilknytning til FOUI-miljø (N=72).	56
Tabell 3.2 Organisering av FoU-aktiviteter i kommunene (N=72).	59
Tabell 3.3 Organisering av forskningsbasert innovasjon i kommunene (N=72).	59
Tabell 3.4 Prosentandel som oppgir ulike rammer for FoU-prosjekt (N=72).	61
Tabell 3.5 System for å melde FoUI-behov (N=72).	63

Figuroversikt

Figur 2.1 Vitenskapelige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester 2010*-2019. Antall og andel** av medisin- og helsepublikasjoner og total norsk publisering.	31
Figur 2.2 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter fagområder for perioden 2010-2019 (N=5986).....	33
Figur 2.3 Ordsky med publikasjonenes nøkkelord (de mest frekvente), (N=3769, artikler i internasjonale tidsskrifter).	34
Figur 2.4 Mest frekvente nøkkelord antall forekomster i publikasjonene. (N=3769, artikler i internasjonale tidsskrifter).	35
Figur 2.5 Vitenskapelige publikasjoner etter institusjon/enhet for perioden 2017-2019.	39
Figur 2.6 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor og fagområder for perioden 2017-2019.....	42
Figur 2.7 Vitenskapelig publisering relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester etter sektor og fagfelt for perioden 2017-2019.	43
Figur 2.8 Antall norske institusjoner per publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019.....	47
Figur 2.9 Antall publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester som norske kommuner har publisert i samarbeid med andre institusjoner i perioden 2017-2019.	49
Figur 2.10 Illustrasjon av nasjonalt samarbeid for kommunene med andre institusjoner og enheter for publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019.....	50
Figur 2.11 Andel publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester med og uten internasjonalt samarbeid etter fagområder for perioden 2017-2019.	51
Figur 2.12 Antall publikasjoner som norske institusjoner har sampublisert med institusjoner fra andre land (10 eller flere publikasjoner).	52
Figur 2.13 Antall publikasjoner som norske institusjoner har skrevet i samarbeid med internasjonalt samarbeidspartnere relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2017-2019 per land.....	53

Figur 2.14 Fordelingen av personer med tre eller flere publikasjoner per aldersgruppe og kjønn, 2017-2019.	54
Figur 2.15 Fordelingen av personer med tre eller flere publikasjoner per institusjon, 2017-2019.	55
Figur 3.1 Prosentandel som oppgir ulik form for realisering av FoU-prosjekter (N=72).....	64
Figur 3.2 Prosentandel som oppgir ulike måter å initiere forskningsbaserte innovasjonsprosjekter på (N=72).	65
Figur 3.3 Prosentandel som oppgir ulik form for gjennomføring av forskningsprosjekter (N =72).....	66
Figur 3.4 Prosentandel som oppgir ulik form for presentasjon og bruk av FoU-resultater (n=72).	67
Figur 3.5 Prosentandel som oppgir ulik form for presentasjon og bruk av innovasjonsaktiviteter (N=72).....	68
Figur 3.6 Prosentandel som oppgir ulik grad av viktighet av faktorer for å kunne lykkes med et FoU-prosjekt (N=72).	69
Figur 3.7 Prosentandel som oppgir ulik grad av viktighet av faktorer for å kunne lykkes med et innovasjonsprosjekt (N=72).	72

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no