



# Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester

Kartlegging av ressursinnsats og resultater

Ole Wiig  
Kristoffer Rørstad  
Pål Børing

Rapport 2016:32

**NIFU**



# Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester

Kartlegging av ressursinnsats og resultater

Ole Wiig  
Kristoffer Rørstad  
Pål Børing

Rapport 2016:32

Rapport 2016:32

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)  
Adresse Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo.

Prosjektnr. 12820671

Oppdragsgiver Norges forskningsråd  
Adresse Postboks 584, 1327 Lysaker

Trykk Link Grafisk

Bilddesign Cathrine Årving  
Foto Shutterstock

ISBN 978-82-327-0222-0  
ISSN 1892-2597 (online)

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)

---

# Forord

NIFU har på oppdrag fra Norges forskningsråd gjennomført en kartlegging av forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Utgangspunktet er at HelseOmsorg21-strategien legger opp til et kunnskapsløft for kommunesektoren som en av fem hovedprioriteringer. Kunnskapsløftet er viktig for arbeidet med å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgssektoren for bedre å kunne møte dagens utfordringer.

Kunnskapsgrunnlaget for kunnskapsløftet er imidlertid mangelfullt, i den forstand at vi vet lite om forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Gjennom denne rapporten søker NIFU å bøte på dette ved å analysere materiale fra eksisterende datakilder og fra en dedikert spørreundersøkelse.

Rapporten er utarbeidet av Kristoffer Rørstad, Pål Børing og Ole Wiig, med sistnevnte som prosjektleder. Fredrik Piro har også bidratt i den bibliometriske analysen.

Vi vil takke Guri Rørtveit, Universitetet i Bergen, Jon Anders Drøpping, KS og Nils Olav Refsdal, Helsedirektoratet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) for kommentarer og innspill i en tidlig fase. Og ikke minst vil vi takke alle som har bidratt ved å ta seg til tid til å besvare spørreundersøkelsen.

Oslo, november 2016

Sveinung Skule  
Direktør

Susanne L. Sundnes  
Forskningsleder



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>11</b>
1.1 <b>Bakgrunn, problemstilling og formål</b> .....	11
1.2 <b>Definisjoner og avgrensninger</b> .....	12
1.2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester .....	12
1.2.2 Forskning og utviklingsarbeid (FoU).....	12
1.2.3 Innovasjon .....	13
1.3 Hovedtilnærming .....	14
1.4 <b>Datamateriale</b> .....	15
1.4.1 Bibliometriske data .....	15
1.4.2 FoU-statistikk.....	15
1.4.3 Surveydata .....	16
1.5 Metode for avgrensning og uttrekk av publikasjoner og undersøkelsesenheter .....	16
1.5.1 Uttrekk av publikasjoner til den bibliometriske analysen .....	16
1.5.2 Uttrekk av undersøkelsesenheter til spørreundersøkelsen .....	17
1.6 Nærmere om gjennomføringen av spørreundersøkelsen .....	18
1.6.1 Gjennomføring og svarprosent .....	18
1.6.2 Kopling av surveydata til FoU-statistikken .....	19
1.7 Rapportens oppbygning.....	19
<b>2 Nærmere om bakgrunnen for kartleggingen</b> .....	<b>20</b>
2.1 Om formelle rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester .....	20
2.2 Forskningens rolle .....	22
2.3 HelseOmsorg21 .....	23
2.4 Videreføring i andre dokumenter og prosesser .....	24
2.5 Nærmere om den foreliggende kartleggingen .....	25
<b>3 Resultater – vitenskapelig publisering og øvrig publisering</b> .....	<b>26</b>
3.1 Vitenskapelig publisering .....	26
3.1.1 Publisering per institusjon .....	29
3.1.2 Tematisk profil .....	30
3.1.3 Publiseringskanaler, kvalitetsnivå og språk.....	34
3.1.4 Nasjonalt samarbeid .....	37
3.2 Ikke-vitenskapelig formidling .....	40
3.2.1 Hvor publiseres det?.....	44
<b>4 FoU knyttet kommunale helse- og omsorgstjenester – ressurser og innretning</b> .....	<b>46</b>
4.1 Samlede FoU-ressurser knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.....	46
4.1.1 FoU-intensitet blant enheter som er dekket i FoU-statistikken.....	48
4.2 Finansieringsstrukturen.....	48
4.3 Type forskningsaktivitet .....	50
4.4 Kommunal sektors rolle i FoU-aktiviteten .....	51
4.4.1 Formelle og uformelle samarbeidsavtaler .....	53
4.5 Områder for FoU-aktiviteten.....	54
4.6 Kort om forholdet mellom ressurser og resultater.....	56
<b>5 Forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester</b> .....	<b>58</b>
5.1 Enhetenes bidrag på ulike innovasjonstyper .....	58
5.2 Patenter og TTO/kommersialiseringsenheter .....	60
<b>Referanser</b> .....	<b>61</b>
<b>Vedlegg 1: Enheter som inngår i surveyen</b> .....	<b>62</b>
<b>Vedlegg 2: Spørreskjema til enheter som er dekket i FoU-statistikken</b> .....	<b>65</b>
<b>Vedlegg 3: Spørreskjema til enheter som ikke er dekket i FoU-statistikken</b> .....	<b>75</b>
<b>Vedlegg 4: Følgebrev fra Norges forskningsråd</b> .....	<b>86</b>
<b>Vedlegg 5: Websider brukt i spørreundersøkelsen</b> .....	<b>87</b>
<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>90</b>
<b>Figuroversikt</b> .....	<b>91</b>





# Sammendrag

NIFU har gjennomført en kartlegging av forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen er blant annet at et kunnskapsløft for kommunal sektor er en av fem hovedprioriteringer i HelseOmsorg21-strategien. Under utformingen av strategien visste man imidlertid lite om omfanget av forskning og innovasjon på feltet, bortsett fra at slik aktivitet ut fra alle kjente indikasjoner syntes begrenset.

Kartleggingen ble gjort gjennom en kombinasjon av eksisterende datakilder – bibliometri og FoU-statistikk – og en ny, dedikert spørreundersøkelse til utvalgte enheter. Siktemålet har vært å gi et best mulig anslag for omfanget av forskning, eller FoU, og innovasjon på området. Dette er gjort gjennom en analyse av vitenskapelig publisering og deretter av et surveymateriale kombinert med FoU-statistiske data. Dessuten prøver vi å si noe om aktivitetens innretning.

Hovedfunn i analysene er at forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ser ut til å være økende. Antall vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-årsperiode. Det publiseres nå om lag 200 artikler årlig, hvorav 12 prosent i nivå 2-tidsskrifter. Tre fjerdedeler av artiklene ble skrevet i samarbeid mellom to eller flere institusjoner. De samlede FoU-utgifter i 2015 anslås til vel 800 millioner. Det meste av FoU-aktiviteten ble utført i UoH- og instituttsektoren og finansiert fra sentralt hold. Kommunesektoren finansierer i liten grad FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Den oppfattes heller ikke som særlig aktiv med å initiere slik FoU, men mer som forskningsobjekt. Prosessinnovasjon og organisasjonsinnovasjon er betydelig mer vanlig enn produktinnovasjon innenfor dette feltet. Dette kan sies å være noen trekk ved kunnskapsgrunnlaget for det forestående kunnskapsløftet for primærhelsetjenesten som utdypes i det følgende.

## **Vitenskapelig publisering**

Totalt publiserte norske miljøer 1 066 vitenskapelige artikler knyttet til primærhelsetjenestefeltet i tiårsperioden fra 2005-2014. I 2005 publiserte miljøene rundt 50 artikler, og antallet har økt jevnlig til rundt 200 artikler ti år senere. Til sammenligning var den prosentvise veksten i medisinske og helsefaglige artikler fra universitetssykehus og øvrige helseforetak i samme periode bare halvparten av dette.

Forskere ved helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjon og ved de medisinske fakultetene ved universitetene publiserte om lag 8 200 artikler innenfor medisin og helsefag i 2014. Grovt regnet kan vi dermed anslå at artikkelproduksjonen knyttet til primærhelsetjenesten utgjør om lag 2,5 prosent av den samlede publiseringen innenfor medisin og helsefag.

Mange institusjonstyper har forsket på spørsmål i tilknytning til primærhelsefeltet. Universitetene hadde bidratt på 75 prosent av de 1 066 publikasjonene og utgjorde dermed den største gruppen av bidragsyttere. Deretter følger helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og private klinikker som tilbyr primærhelsetjenester, inkludert legesentre og fastleger; hver av gruppene bidro på halvparten av publikasjonene. Som gruppe bidro institusjonene som vi har klassifisert som primærhelsetjenesteenheter, på til sammen 82 prosent av publikasjonene som ligger til grunn for analysen.

Samarbeid mellom institusjoner og institusjonstyper var regelen heller enn unntaket; 74 prosent av alle artiklene var skrevet i samarbeid mellom to eller flere institusjoner.

Den store majoriteten (78 prosent) av artiklene er skrevet på engelsk, til tross for at flere av de mest benyttede tidsskriftene var norske og hadde flest artikler med norske medforfattere. De viktigste tidsskriftene var *Tidsskrift for den norske legeforening*, *Scandinavian journal of primary health care* og norske bransjetidsskrifter som; *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, *Fysioterapeuten* og *Tidsskrift for norsk psykologforening*.

Andel artikler som var publisert i et nivå 2-tidsskrift, var 12 prosent. Dette er en noe lavere andel enn den som forventes for alle artikler som publiseres, også innenfor medisin og helsefag – rundt 20 prosent. Den lavere andelen synes rimelig i og med at mye av forskningen knyttet til primærhelsetjenesten, vil ha et mer anvendt eller praksisrettet formål enn forskningen som ligger til grunn for artikler på nivå 2. De publiseres dermed i *Tidsskrift for Den norske legeforening* eller tilsvarende, heller enn i et akademisk rettet topptidsskrift.

### **FoU-aktivitet – ressursinnsats og innretning**

Den samlede FoU-innsatsen i 2015 som var knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, anslås til vel 840 millioner kroner. Dette utgjør anslagsvis en tiendedel av den samlede ressursinnsatsen innenfor medisinsk og helsefaglig forskning dette året. Av de drøye 840 millioner kronene gjaldt 84 prosent etablerte institusjoner i universitets- og høgskolesektoren og instituttsektoren, mens helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjoner stod for 13 prosent. Enheter som ikke er dekket i FoU-statistikken, stod bare for tre prosent av FoU-innsatsen knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

FoU-aktiviteten har, som ventet, i overveiende grad anvendt karakter. 62 prosent oppgis å være anvendt forskning og 28 prosent utviklingsarbeid. Grunnforskningsandelen ligger på 10 prosent.

Et hovedresultat fra spørreundersøkelsen er at kommunesektoren i liten grad finansierer FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Det fremkommer både gjennom ressursfordelingen på finansieringskilder og et spørsmål om kommunesektorens rolle som bestiller eller finansieringskilde i FoU-prosjekter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Største finansieringskilde er Helse- og omsorgsdepartementet med underliggende etater, f.eks. Helsedirektoratet.

Kommunesektoren oppfattes av respondentene i denne undersøkelsen i stor grad som et forskningsobjekt, og tema for FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester velges i ofte av forskeren eller forskningsinstitusjonen. Dette trekker for så vidt i samme retning som kommunesektorens relativt marginale rolle som bestiller og finansieringskilde for forskning.

Dessuten er det relativt sett få som oppfatter at FoU-aktiviteten i 2015 var initiert av en eller flere kommuner. Helt entydig er imidlertid ikke dette mønsteret, for mange oppfatter også at FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov uttrykt med utgangspunkt i budskap fra representanter for kommunesektoren. Det er heller ikke helt uvanlig at kommunalt ansatte deltar i referansegrupper eller direkte i det faglige FoU-arbeidet.

Av kommunenes mange oppgaver og forpliktelser er helse- og omsorgstjenester knyttet til hjemmetjenester og institusjonsplasser de mest utbredte temaene for FoU-aktiviteten. Langt færre oppgir at FoU er rettet mot akuttberedskap, nødmeldetjeneste, fastlege- og legevaktjenester.

### **Forholdet mellom ressurser og resultater**

Samlet sett kan det synes som om 200 vitenskapelige artikler årlig er lite for en ressursinnsats på til sammen vel 840 millioner kroner. Her må man imidlertid ta i betraktning FoU-aktivitetens anvendte karakter. Forventningen om vitenskapelig publisering er mindre jo mer anvendt aktiviteten er, særlig når vi kommer til utviklingsarbeid som utgjør en fjerdedel. Her kan annen, ikke-vitenskapelig publisering være viktigere. For det andre er det heller ikke sikkert at vi gjennom uttreksmetoden klarer å fange opp all publisering som kommer fra ressursinnsatsen. At kommunale helse- og omsorgstjenester inngår som studieobjekt behøver ikke fremgå av hverken tittel eller «abstract» for publikasjonen, som heller siktes inn mot debatter i det aktuelle tidsskriftet eller lignende.

### **Forskningsbasert innovasjon**

Til forskjell fra SSBs undersøkelse av innovasjonsaktivitet i næringslivet som viser nokså jevn fordeling i forekomsten av ulike typer innovasjon, viser vår kartlegging relativt klare forskjeller. Det er klart flest enheter som oppgir å ha introdusert eller bidratt til å introdusere prosessinnovasjon, mens produktinnovasjon er den klart minst vanlige. Organisasjonsinnovasjon ser i stor grad ut til å være fokusert på interne forhold i kommunale helse- og omsorgstjenester, det være seg ny praksis for organisering av arbeid eller prosedyrer eller nye metoder for organisering av arbeidsansvar og beslutninger. Mindre vanlig er introduksjon av nye metoder for organisering av eksterne relasjoner til andre foretak eller offentlige institusjoner, selv om forholdet mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenestene, ikke minst mellom kommunale helse- og omsorgstjenester på den ene siden og spesialisthelsetjenesten på den andre, adresseres både i samhandlingsreformen og i HelseOmsorg21-strategien.

Undersøkelsen viser ellers liten innovasjonsaktivitet målt i patenter, patentsøknader og varsler til kommersialiseringsenheter og TTOer<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Technological Transfer Office.



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn, problemstilling og formål

Forskningsrådet har gitt NIFU i oppdrag å kartlegge forskning og forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. I denne rapporten beskrives resultater av kartleggingen som omfatter så vel forsknings- og innovasjonsinnsats som resultater av forskningen målt gjennom bibliometriske indikatorer.

Bakgrunnen for kartleggingen finner vi i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg – HelseOmsorg21-strategien – som sikter mot et kunnskapssystem for bedre folkehelse. «Kunnskapsløft for kommunene» regnes som ett av ti satsingsområder og en av fem hovedprioriteringer i denne strategien. Forskning og innovasjon er viktige elementer i et slikt kunnskapsløft. Dette prosjektets formål er å bidra til å etablere et best mulig kunnskapsgrunnlag for å kunne si noe om omfanget og innretningen av det som foregår av forskning og forskningsbasert innovasjon i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det finnes i utgangspunktet lite samlet kunnskap om omfanget av forsknings- og innovasjonsaktivitet i kommunesektoren generelt, og om slik aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester spesielt. Kommunene har ikke egne forskningsmiljøer og er derfor ikke direkte dekket i FoU-statistikken<sup>2</sup> som er basert på innrapporterte oppgaver fra FoU-utførende institusjoner. Det er heller ikke publisert analyser av forskningsaktivitet i kommunesektoren belyst ved bibliometriske data.

Kommunene er ikke pålagt å drive egen forskning. De skal imidlertid medvirke til og legge til rette for forskning for egne tjenester. For dette formålet må de samarbeide med eller bestille tjenester fra nasjonale eller regionale forskningsmiljøer. I den grad aktiviteten utføres av etablerte institusjoner som universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter og helseforetak er den i prinsippet dekket i FoU-statistikken. Som vi skal komme tilbake til, er det imidlertid ikke dermed sagt at statistikken gir direkte muligheter for å ta ut materiale som omhandler primærhelsetjenesten. Vi har derfor måttet gjøre noen metodiske grep og samle inn tilleggsinformasjon for å si noe nærmere om dette.

I det følgende beskriver vi opplegget vi har brukt for å gjøre denne kartleggingen. Metoden kombinerer informasjon fra eksisterende datakilder med en ny, dedikert spørreskjemaundersøkelse.

---

<sup>2</sup> Statistikk om forskning og utviklingsarbeid (FoU) – FoU-statistikken er en hovedkilde for analysen av ressursbruk i kapittel 4 i denne rapporten. Se nærmere omtale i avsnitt 1.4.2.

## 1.2 Definisjoner og avgrensninger

Rapporten skal tematisk dekke forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. I det følgende beskriver vi den institusjonelle avgrensningen før vi redegjør for definisjoner vi har benyttet for den tematiske avgrensningen.

### 1.2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Analysen skal dekke forskning og innovasjon knyttet til 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 omsorgstjenester har kommunen ansvar for alle pasient- og brukergrupper som oppholder seg i kommunen, herunder personer med somatisk 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, pleie- og omsorgstjenester i sykehjem og i hjemmet, fysioterapitjenester, helsestasjon- og skolehelsetjenester og tannhelsetjenester.

Kommunene skal 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 tilbake til i kapittel 2.

### 1.2.2 Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

En hovedkomponent i analysen er forskning og utviklingsarbeid (FoU). I utgangspunktet etterspørres bare forskning, men i og med at prosjektet bygger på og vurderes bedre dekket i FoU-statistikken, har vi i analysen inkludert hele FoU-begrepet. FoU-begrepet og FoU-statistikken 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 reproducerbar.
- 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:** 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:** i likhet med grunnforskning virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap, men primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.

Forskning forventes dessuten ofte å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller å ha intensjon om å gjøre det. Den tredje komponenten er definert slik:

- **Utviklingsarbeid:** 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.

### 1.2.3 *Innovasjon*

I tillegg til forskning og utviklingsarbeid kartlegges 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.<sup>3</sup>

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.

---

<sup>3</sup> Det skal imidlertid tas med under markedsinnovasjon, som ikke dekkes i denne undersøkelsen.

Organisasjonsinnovasjon kan dekke ny forretningspraksis for organisering av arbeid eller prosedyrer (f.eks. styring av forsyningskjeder, prosessomlegging/-optimalisering, kvalitetsstyring, opplæringsystemer) 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, opplæringsystemer 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.

### 1.3 Hovedtilnærming

For å gi en best mulig beskrivelse av forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester har vi valgt å benytte eksisterende datakilder sammen med data innsamlet gjennom en spørreskjemaundersøkelse. Beskrivelsen har tre hovedkomponenter. For det første vil vi gi en beskrivelse av forskningsresultater som kan knyttes til primærhelsetjenesten. For det andre vil vi benytte materiale fra den norske FoU-statistikken. For det tredje har vi innhentet materiale gjennom egen survey. Grunnen til at vi har valgt denne modellen er at kommunene, som nevnt, i liten grad har egen FoU og egne FoU-miljøer.

I regulær FoU-statistikk er det nettopp FoU-miljøene, dvs. universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter mv. som inngår som rapporteringsenheter. I noen tilfeller vil også offentlige organer inngå som rapporteringsenheter. På tilsvarende måte kunne man tenkt seg en survey rettet mot de enkelte kommuner eller eventuelt relevante deler av dem. Når vi ikke har valgt en slik tilnærming, har det to årsaker. For det første er det lite som tyder på at forskningsaktiviteten i kommunene selv, gjennom egne institusjoner og personale, er særlig omfattende. Dette skal vi komme nærmere tilbake til i kapittel 2. En survey med kommunene som undersøkelsesenheter ville antakelig ikke gi tilstrekkelig informasjon om forsknings- og innovasjonsaktiviteten knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

For det andre tolker vi begrepet «knyttet til» som videre enn forskning utført i kommunene av kommunalt ansatte. Vi legger til grunn at kartleggingen også skal omfatte forskning om og for kommunene og – mer spesifikt – kommunale helse- og omsorgstjenester. Et eksempel på forskning om kommunene er at samfunnsforskere som studerer beslutningsprosesser og økonomisk utvikling mer generelt, ofte har brukt kommunesektoren som forskningsobjekt. Dette kan like gjerne skyldes at kommunesektoren kan gi forskningsprosjekter en tilnærming til et eksperimentelt undersøkelsesopplegg – «det kommunal laboratorium» – som en genuin interesse for kommunesektoren som sådan.

For å kartlegge forsknings- og innovasjonsinnsatsen knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester har vi derfor valgt en annen tilnærming. Vi har tatt utgangspunkt i bibliometriske data som, foruten å gi grunnlag for en analyse av resultater av forskningsaktiviteten, også kan brukes som verktøy for å identifisere FoU-miljøer med forskningsaktivitet om og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Etter vår vurdering vil vi på denne måten få oversikt over hovedtyngden av den forskningen som utføres i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester, og i tillegg forskningsbasert innovasjonsaktivitet.



## 1.4 Datamateriale

I kartleggingen har vi brukt en kombinasjon av ulike datakilder og metoder. I det følgende gir vi en kort beskrivelse de tre hovedtypene av datakilder; bibliometriske data, FoU-statistiske data og surveydata. I avsnitt 1.5 beskriver vi hvordan de er utnyttet for vårt formål.

### 1.4.1 Bibliometriske data

Publiseringdata er ofte benyttet som grunnlag for resultatindikatorer for forskning. Det skyldes at ny kunnskap som er det prinsipielle målet med all forskning, formidles til forskersamfunnet gjennom vitenskapelige publikasjoner. Vitenskapelig publisering og avledede bibliometriske indikatorer blir dermed et indirekte mål på kunnskapsproduksjon. Den primære hensikten med analysen i denne rapporten er å belyse omfanget av og mønstre i publiseringen knyttet til primærhelsetjenesten i Norge.

For å kunne si noe om utviklingen over tid har vi valgt å bruke data for tiårsperioden 2005-2014. I alle fremstillinger av publiseringssomfanget, er indikatoren antall artikler i heltall.

### Vitenskapelige publikasjoner

NIFU kjøper inn data om vitenskapelige artikler fra Thompson Reuters Web of Science og fra Nasjonalbibliotekets database Norart. Siden vi ønsker å dekke både norsk- og engelskspråklige artikler, er begge databasene inkludert i analysen i rapporten. Web of Science dekker mer enn 12 000 engelskspråklige tidsskrifter. Norart dekker norskspråklige tidsskrifter, både vitenskapelige og ikke-vitenskapelige. Ved å kombinere de to tidsskriftdatabasene får vi dekket både internasjonale og norske tidsskrifter som er relevante i denne analysen. Tidsskrifter som *Tidsskrift for den norske legeforening*, *Tidsskrift for Norsk psykologforening* og *Den Norske Tannlegeforenings Tidende* blir dermed inkludert i tillegg til de internasjonale tidsskriftene.

Datasettene lagres i en samlet publiseringssdatabase ved NIFU etter en viss bearbeiding. Det vil først og fremst si at artiklenes forfatteradresser standardiseres og kategoriseres, blant annet i forhold til forskningsutførende sektor. Databasen oppdateres årlig.

### Ikke-vitenskapelige publisering

Publikasjonsdatabasen Norart dekker som nevnt også ikke-vitenskapelige publikasjoner. Eksempler på slike publikasjoner er anmeldelser, leser- og debattinnlegg, kommentarer og intervjuer. Ved å inkludere dem får vi et bredest og mest mulig dekkende bilde av publiseringssaktiviteten.

### 1.4.2 FoU-statistikk

En hovedkilde for analyse av omfang og mønstre i ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i Norge er den nasjonale FoU-statistikken. Arbeidet med FoU-statistikk er en nasjonal oppgave. Totaltall for FoU-innsatsen i Norge, målt i utgifter, årsverk og personale, utarbeides årlig. Detaljert statistikk over FoU-innsatsen utarbeides hvert år for næringslivet og instituttsektoren og annethvert år for universitets- og høyskolesektoren. NIFU har etter avtale med Norges forskningsråd FoU-statistikkansvaret for universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren, inkludert helseforetak og private, ideelle sykehus. Statistisk sentralbyrå (SSB) har FoU-statistikkansvaret for næringslivet.

Tall fra og analyser basert på FoU-statistikken publiseres i ulike sammenhenger, både på papir og internett. En hovedpublikasjon er *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer* som gis ut årlig av Norges forskningsråd i samarbeid med NIFU og SSB. Tall fra FoU-statistikken er dessuten tilgjengelige i NIFUs FoU-statistikkbank og hos SSB. Statistikken er basert på internasjonale retningslinjer utarbeidet gjennom OECD, og data leveres blant annet til OECD og Eurostat som grunnlag i internasjonale databaser og publikasjoner (jf. avsnitt 1.2 om definisjoner foran).

I dette prosjektet er et hovedsiktemål å få et best mulig estimat for totalvolumet av FoU-ressurser knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvordan de fordeler seg på forskningsutførende sektorer, finansieringskilder mv. og dessuten å se FoU-utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester i forhold til totalinnsatsen innenfor medisinsk og helsefaglig forskning.

### **1.4.3 Surveydata**

I tillegg til de nevnte, eksisterende datakildene gjennomførte vi en spørreskjemaundersøkelse. Formålet var å få tilleggsdata på to hovedområder. Et utgangspunkt er som nevnt over, at forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i liten grad er dekket i FoU-statistikken. I den grad slik forskning utføres i FoU-miljøer ved universiteter, høyskoler, institutter eller helseforetak er den vanskelig å skille fra annen forskning disse institusjonene utfører.

Det ene formålet med surveyen er altså nettopp å gjøre det mulig å identifisere FoU tilknyttet kommunale helse- og omsorgstjenester som foregår i FoU-miljøer knyttet til universiteter, høyskoler, helseforetak mv. Til enheter som er dekket i FoU-statistikken, ble det derfor utformet et spørreskjema der enhetene ble bedt om å anslå hvor stor andel av FoU-ressursene i 2015, som gikk til aktivitet i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester.

For enheter som ikke dekkes i FoU-statistikken, ba vi om absolutte tall for det samme, i tillegg til totale FoU-ressurser, med sikte på eventuell fremtidig innlemming i de FoU-statistiske undersøkelsene.

Det andre hovedformålet med spørreundersøkelsen var å skaffe informasjon om forskningens innretning, blant annet hva slags forskning som ble utført og innenfor hvilket område. Et annet eksempel er forholdet mellom de FoU-utførende enhetene og kommunene, blant annet i hvilken grad forskningen initieres og utføres på initiativ av eller i samarbeid med kommunene. En kommune kan være initiativtaker, bestiller og/eller deltaker/samarbeidspartner i et prosjekt eller delta i en referansegruppe for prosjektet, men kan også tenkes å være et rent forskningsobjekt. Det er også interessant å vite om forskningen er forankret i formelle eller uformelle avtaler mellom kommune og forskningsinstitusjon.

For å sikre at vi dekker flest mulig av de relevante miljøene, ble populasjonen for surveyen sjekket mot andre relevante kilder (se under).

## **1.5 Metode for avgrensning og uttrekk av publikasjoner og undersøkelsesenheter**

I dette avsnittet gir vi en kort beskrivelse av de ulike trinnene i metoden, som har utgangspunkt i de bibliometriske databasene.

### **1.5.1 Uttrekk av publikasjoner til den bibliometriske analysen**

For å avgrense hvilke miljøer som skal inkluderes i den bibliometriske analysen og hvilke av deres publikasjoner som skal inkluderes, har vi benyttet en kombinasjon av flere tilnærminger. I publiseringsdatabasene NIFU genererer på grunnlag av Web of Science og Norart, er forfatteradressene standardisert og kategorisert. Dette gjøres av NIFU, og gjør det mulig å identifisere miljøer og klassifisere dem som *primærhelsetjenestemiljøer*. I denne kategorien har vi inkludert en rekke forskjellige organisatoriske enheter, som kommunale helse- og velferdsetater, inkludert kommunale legesentre, helsestasjoner, skolehelsestasjoner, hjemmetjenester og syke- og pleiehjem. I tillegg inngår klinikker som tilbyr spesialisert behandling (herunder psykisk helse, rus og rehabilitering), private klinikker inkludert fastleger, allmennt medisinske sentre med primærhelsetjenestefunksjoner, offentlige tannklinikker/tannlegekontorer og regionale kompetansesentre og noen private stiftelser. Alle publikasjoner som forfattere ved disse institusjonene har publisert alene eller i samarbeid med andre, ble inkludert i analysen.

I tillegg har vi tatt med alle publikasjonene med norske forfatteradresser som er publisert i Web of Science-kategorien *primary health care*.<sup>4</sup> Da får vi inkludert flere artikler som i prinsippet er publisert i feltets kjerneområde. I denne kategorien finner vi tidsskrifter som *Scandinavian journal of primary health care*, *BMC Family Practice* og *British journal of general practice*, for å nevne noen.

Til slutt ble det gjort et direktesøk i databasen på artikkeltitler med søketermen *pre-hospital*. For de ikke-vitenskapelige tidsskriftene var det imidlertid ikke nødvendig med tilleggssøk på andre tidsskrifter eller tittelsøk, da de mest sentrale tidsskriftene allerede er inkludert etter første tilnærming.

Gjennom kombinasjonen av disse tre utvalgskriteriene fikk vi en oversikt over publikasjoner vi mener er relevante for analysen gjennom sin tilknytning til primærhelsetjenesten. Etter koplingen gjennomgikk vi materialet, luket bort dubletter og satt igjen med utvalget av vitenskapelige artikler som inngår i våre analyser. Vi hadde dermed et grunnlag for å beregne totalomfanget av publikasjoner på feltet, og en delmengde publikasjoner publisert av enheter vi har klassifisert som primærhelsetjenesteenheter.

### **1.5.2 Uttrekk av undersøkelsesenheter til spørreundersøkelsen**

De bibliometriske dataene gir for det første en indikasjon på omfanget av vitenskapelig publisering der kommuneansatte bidrar. For det andre gir de, gjennom medforfatteradressene, mulighet for å identifisere FoU-miljøer kommunene eller ansatte i kommunale virksomheter mv. samarbeider med. Disse miljøene vil sannsynligvis være sentrale i forskning og innovasjon om og for kommunene. Medforfatterens adresser i de nevnte databasene ble benyttet til å identifisere FoU-miljøer med forskningsaktivitet i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det bibliometriske materialet danner på den måten utgangspunktet for en videre kartlegging av ressursbruk til forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i form av en dedikert spørreskjemaundersøkelse.

Noen forskningsenheter vil ha primærhelsetjenesten som primært mål for forskning, mens andre har slik forskning som en mer begrenset del av forskningsvirksomheten. Ved å ta med alle *samarbeidende enheter*, vil vi få med enheter ved:

- Universiteter (institutter med allmennt medisinsk, samfunnsmedisinsk, sykepleievitenskapelig og fysioterapivitenskapelig kompetanse, samt psykologiske og odontologiske enheter).
- Høgskoler som tilbyr sykepleie- og/eller fysioterapiutdanning, herunder sentre for omsorgsforskning.
- Forskningsinstitutter med medisinsk og helsefaglig forskning innrettet mot primærhelsetjenesten.
- Spesialisthelsetjenesten; helseforetak og private, ideelle sykehus med og uten universitetssykehusfunksjoner.
- Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten som er innrettet mot kommunenes behov, inkludert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.

Både universiteter, høgskoler, forskningsinstitutter og helseforetak dekkes av den nasjonale FoU-statistikken. Det har blitt opprettet flere kunnskaps- og kompetansesentre de senere årene, men vi har ikke oversikt over omfanget av FoU-aktiviteten i de sentrene som ikke er dekket av FoU-statistikken.

Ifølge en utredning i regi av H-dir. og BUF-dir. finnes det om lag 34 slike sentre, hvorav 16 regionale og 18 nasjonale.<sup>5</sup> I tillegg kommer om lag 40 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. En del av sentrene har virksomhet som i større eller mindre grad kan karakteriseres som forskning og

<sup>4</sup> *Primary Health Care* covers resources on all aspects of family medicine and primary health care services, including first contact, health assessments, laboratory and diagnostic procedures, medication management, disease prevention, early diagnosis and treatment and comprehensive strategies to improve the health status of individuals and communities.

<sup>5</sup> BUF-dir og H-dir: «Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, 2014» (Figur 5, s. 21).

kunnskapsutvikling. NIFUs gjennomgang viser at mange av dem inngår som underenheter ved institusjoner som inngår i FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren (UoH-sektoren) eller instituttsektoren. Eksempler på slike enheter er de såkalte Allmennmedisinske forskningsenheter som blant annet skal forske på temaer relatert til allmennleger og primærhelsetjenesten. Enkelte av dem inngår i institutter eller avdelinger ved universitetene i Bergen, Trondheim, Oslo og Tromsø, men med litt ulik organisering. Noen av dem dekkes som egne enheter i FoU-statistikken, mens andre inngår i andre enheter som dekkes. For denne gruppen har vi etter beste skjønn inkludert enheter av en viss størrelse som ikke dekkes i FoU-statistikken, men som bør dekkes i kartleggingen og på sikt vurderes inkludert i FoU-statistikken.

På samme måte har vi gjennomgått oversikter fra Forskningsrådet, Helsedirektoratet og KS med sikte på å identifisere andre enheter som var relevante for undersøkelsen. Vi endte opp med bruttoutvalget som er nærmere beskrevet i neste avsnitt.

## **1.6 Nærmere om gjennomføringen av spørreundersøkelsen**

### **1.6.1 Gjennomføring og svarprosent**

Surveyen omfatter både institusjoner/avdelinger som er dekket og som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015. Bruttoutvalget bestod i utgangspunktet av 145 institusjoner/avdelinger. I ettertid kom vi frem til at 6 av disse ikke var relevante for denne kartleggingen, og de ble derfor fjernet fra bruttoutvalget. 3 av disse 6 enhetene var med i FoU-statistikken for 2015, mens de 3 øvrige ikke var inkludert. Totalt bestod det justerte bruttoutvalget dermed av 139 institusjoner/avdelinger. 122 av disse var dekket i FoU-statistikken for 2015, mens de øvrige 17 ikke var det.

Opplysningene ble innhentet ved hjelp av et elektronisk spørreskjema utformet i programmet Opinio som NIFU har benyttet i en rekke andre prosjekter. NIFU opprettet en egen webside for undersøkelsen med informasjon om surveyen; veiledning, definisjoner mv. som ble lenket til invitasjonen om å delta i undersøkelsen.

I Vedlegg 2 finnes spørreskjemaet som ble sendt til institusjonene/avdelingene som er dekket i FoU-statistikken, mens spørreskjemaet som ble sendt til institusjonene/avdelingene som ikke er dekket i FoU-statistikken, er gjengitt i Vedlegg 3.

Hovedutsendingen av spørreundersøkelsen ble gjennomført 24. juni 2016. Totalt ble det foretatt 3 påminnelser. Den benyttede versjonen av rådataene ble lastet ned fra Opinio 22. september 2016. Dette innebærer at perioden med innsamling av data har vært om lag 3 måneder.

På nedlastningstidspunktet hadde 98 av de 122 enhetene som er dekket i FoU-statistikken for 2015, besvart spørreundersøkelsen. 5 andre enheter hadde lagret spørreskjemaet, men ikke fullført spørreundersøkelsen. Svarene fra disse 5 enhetene var såpass utilstrekkelige at de ikke kan benyttes i den videre analysen og ble derfor utelatt. Nettoutvalget består derfor av 98 enheter som er dekket av FoU-statistikken for 2015. Dette gir en svarprosent på 80.

Blant enhetene som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, hadde 11 av de 17 enhetene i det justerte bruttoutvalget besvart spørreundersøkelsen på nedlastningstidspunktet. To andre enheter hadde lagret spørreskjemaet, men med så utilstrekkelig utfylling at ble tatt ut av den videre analysen. Nettoutvalget består derfor av 11 enheter som gir en svarprosent på 65.

Dette gir en samlet svarprosent på undersøkelsen på 78 prosent, slik det fremgår av tabell 1.1 som viser svar og svarprosent. I Vedlegg 1 finnes en oversikt over enhetene i nettoutvalget.

**Tabell 1.1 Antall institusjoner/avdelinger i brutto- og nettoutvalget.**

	Bruttoutvalg	Nettutvalg	Svarprosent
Dekket i FoU-statistikken	122	98	80%
Ikke dekket i FoU-statistikken	17	11	65%
Totalt	139	109	78%

### **1.6.2 Kopling av surveydata til FoU-statistikken**

Det ble utformet to spørreskjemaer. De fleste spørsmålene var identiske for de to gruppene av enheter, men spørsmål om FoU-ressursenes omfang ble formulert på litt ulike måter. For enhetene som er dekket i FoU-statistikken begrenset vi oss til, med referanse til rapporteringsskjemaet for FoU-statistikken, å be om anslag for hvor stor andel av de samlede FoU-ressursene i 2015 som gjaldt aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Forutsetningen var at surveydataene kunne koples til de absolutte FoU-statistikktallene for 2015. Dette grepet ble gjort for å unngå å belaste rapporteringsenhetene mer enn nødvendig. For enhetene som ikke dekkes i FoU-statistikken, var det imidlertid nødvendig å innhente oppgaver i absolutte tall, både for den samlede FoU-aktiviteten og for FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Koplingen til FoU-statistikktallene for 2015 har vært noe problematisk, i den forstand at de endelige 2015-tallene ikke er helt ferdige. Det innebærer at tallene ikke er kontrollert og dobbeltsjekket mot alle typer finansieringskilder, intern kostnadsfordeling ved lærestedene og forekomst av bistillinger. Vi har derfor måttet basere oss på foreløpige tall. Erfaringsmessig gir disse gode anslag for de endelige tallene, og er dessuten sjekket mot 2013-tall for de samme enhetene uten at det ga store avvik på aggregert nivå. Dette gjelder særlig enhetene i universitets- og høgskolesektoren (UoH-sektoren), som beregnes etter en meget omfattende prosess med flere datakilder. For denne delen av utvalget har vi basert oss på innrapporterte 2015-tall for antall FoU-årsverk ved hver undersøkelsesenhet og en beregnet gjennomsnittlig FoU-årsverkspris for 2015 for universiteter og høyskoler (eksklusive helseforetak med universitetssykehusfunksjoner). For enhetene i instituttsektoren har vi også i noen grad måttet basere oss på foreløpige 2015-tall, men her er FoU-utgiftene brukt direkte. For helseforetak og private, ideelle sykehus med og uten universitetssykehusfunksjoner har vi derimot kunnet bruke endelige 2015-tall, fordi datainnsamlingen er mindre omfattende og følger enn annen tidssyklus enn de øvrige sektorene.

## **1.7 Rapportens oppbygning**

I kapittel 2 gir vi en kort beskrivelse av bakgrunnen for kartleggingen og formelle rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Herunder peker vi på forhold med relevans for forskning og innovasjon i tilknytning til disse tjenestene. I kapittel 3 beskriver vi forskningsaktiviteten i sektoren ved hjelp av publiseringsdata og bibliometriske indikatorer. I kapittel 4 beskriver vi omfanget av FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester og sider ved innretningen av FoU-virksomheten, basert på resultater fra spørreskjemaundersøkelsen og FoU-statistikken. I kapittel 5 beskrives sider av innovasjonsaktiviteten knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

## 2 Nærmere om bakgrunnen for kartleggingen

Som nevnt innledningsvis i rapporten, har vi lite samlet kunnskap om forskning og utviklingsarbeid og forskningsbasert innovasjon i primærhelsetjenesten. Det er i liten grad publisert analyser av publikasjoner fra FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunesektoren er dessuten i liten grad fanget opp i FoU-statistikken.<sup>6</sup> Kunnskapsgrunnlaget på dette området er dermed 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 10 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.

At det er gjort lite for å kartlegge denne FoU-innsatsen og resultater av den, henger sammen med at det heller ikke har vært uttrykt sterk interesse for å få oversikter som spesifikt viser forskningsinnsatsen knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det henger igjen delvis sammen med 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. Den 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, institutter, forskningsinstitutter, helseforetak, bedrifter mv. Slik sett er store deler av FoU-aktiviteten indirekte fanget opp i FoU-statistikken sammen med forskning rettet mot andre, relaterte områder, men den lar seg i liten grad spesifisere.

Gjennom samhandlingsreformen, en ny, samlet lovgivning for kommunale helse- og omsorgstjenester og HelseOmsorg21-prosessen er imidlertid dette bildet i endring.

### 2.1 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).<sup>7</sup> Loven trådte i kraft i 2012 og erstattet den tidligere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I den nye loven ble det juridiske skillet

---

<sup>6</sup> FoU-statistikken gir nasjonale tall for ressursinnsatsen til FoU, målt i antall personer, årsverk og utgifter.

<sup>7</sup> LOV-2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet.

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 « redusere 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.<sup>8</sup>

Lovens virkeområde er « helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen » (§ 1.1) og lovens formål er særlig å (§ 1.2):

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. 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,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

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
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

---

<sup>8</sup> Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 25.

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 støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak.

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.

## 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 til og 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<sup>9</sup> 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 høgskolesektoren» (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.

---

<sup>9</sup> Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).



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). Plikten ble imidlertid foreslått begrenset til et pålegg om å omtale forskning i samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten. Hvilken effekt kommunereformen med sammenslåingsprosesser vil ha for den videre prosessen er dermed et interessant spørsmål.

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

## 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 forskningsaktørene, 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:

- Et ansvar 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.
- 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 allmenntannmedisin og tannhelsetjenesten etter modell fra fungerende nettverk i utlandet.

## 2.4 Videreføring i andre dokumenter og prosesser

Anbefalinger fra rapporten er også fulgt opp i andre sammenhenger og offentlige dokumenter, planer og utredninger. I sin handlingsplan<sup>10</sup> for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, skriver Regjeringen at den vil (s. 26):

- bygge eit kunnskapssystem for forskning retta mot dei kommunale tenestene.
- vurdere å etablere eit kommunalt pasient- og brukarregistar (KPR).
- gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utanfor spesialisthelsetenesta eit samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte.
- opprette eit nytt forskingsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrkje kunnskapen om folkehelse i kommunane.

Forskningsrådet har også bl.a. satt i gang HELSEVEL<sup>11</sup>-programmet.

I Meld. St. 14 (2014-2015), «Kommunereform – nye oppgaver til større kommuner», vises det til kommende melding om fremtidens primærhelsetjeneste og forslag om tiltak for mer flerfaglige helse- og omsorgstjenester i kommunene, bedre ressursutnyttelse og behov for økt forskning i og om tjenestene (s. 27).

I primærhelsetjenestemeldingen<sup>12</sup> som Regjeringen la frem i 2015, er forskning et gjennomgående tema knyttet til blant annet kompetanse og tjenesteutvikling.

I Meld. St. 26 (2014-2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og mangfold*, konstateres det at «Forskning og innovasjon skal bidra til utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Det er behov for mer kunnskap om tjenesteinnhold og tjenestekvalitet, organisering, styring og ledelse og effekter av nye arbeidsformer og faglige tilnærminger og til dette trengs relevant og praksisnær forskning av god kvalitet og god bred faglig tilnærming» (s. 66). Om kommunenes rolle i forskningen presiseres det dessuten at:

Kommuneledelsen har et ansvar for at den lovpålagte plikten om medvirkning til og tilrettelegging for forskning faktisk blir overholdt.

I Meld. St. 11 (2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)», pekes det på at kommunene, gjennom samhandlingsreformen, har fått og vil få en viktigere rolle i å sørge for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Det pekes også på at det er behov for mer systematisk oppfølging

<sup>10</sup> Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien: «Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015-2018)», Helse- og omsorgsdepartementet 2015.

<sup>11</sup> Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

<sup>12</sup> Meld. St. 26 (2014-15): «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet».

og økt medisinsk kompetanse og at vi har begrenset kunnskap om tjenestenes innhold og kvalitet, som gjør det vanskelig å drive systematisk kvalitetsforbedring og forskning (s. 130). Det påpekes også at det på noen områder er uklart hva som forventes av kommunene, særlig psykisk helse, rusavhengighet, pasientopplæring og rehabilitering. Dette vil Regjeringen tydeliggjøre (s.130).

## **2.5 Nærmere om den foreliggende kartleggingen**

Redegjørelsen for lovgrunnlag og det videre arbeidet med primærhelsetjenestens fremtidige forskningsoppgaver danner bakgrunnen for vår kartlegging og presentasjonen av den i de følgende kapitlene.

Ingen av dokumentene vi har gjennomgått gjør at vi forventer å finne at ressursbruken knyttet til forskning om kommunale helse- og omsorgstjenester er veldig stor. Den bebudede satsingen på å følge opp samhandlingsreformen og andre endringsprosesser de senere årene gjennom HelseOmsorg21, gjør imidlertid at det er viktig å få et kunnskapsgrunnlag og et opplegg for å følge utviklingen så tidlig som mulig. Indikatorer for den kommunale forsknings- og innovasjonsinnsatsen vil blant annet være aktuell input i HelseOmsorg21 Monitor, som er en oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Her har Forskningsrådet fått i oppgave å utvikle et helhetlig monitoreringssystem som skal gi løpende kunnskapsgrunnlag for prioritering av og satsing på forskning og innovasjon innen helse og omsorg.

Dokumentgjennomgangen understreker imidlertid at forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i økende grad er satt på dagsordenen siste årene. Det henger til en viss grad sammen med at hele kommunesektoren er i støpeskjeen, men mer spesifikt at interessen for forskning i helse- og omsorgssektoren og dens forhold til helsesektoren for øvrig, har økt, blant annet som en følge av samhandlingsreformen.

Videre analyser i denne rapporten har derfor som utgangspunkt at for å følge den bebudede satsingen på forskning og innovasjon i årene som kommer er det viktig å etablere et kunnskapsgrunnlag for innsatsens omfang og innretning så tidlig som mulig. De formelle rammene og endringsprosessene som er drøftet og beskrevet over, ligger til grunn for flere av analysene i rapporten, blant annet utformingen av spørsmål om innretningen av FoU og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

## 3 Resultater – vitenskapelig publisering og øvrig publisering

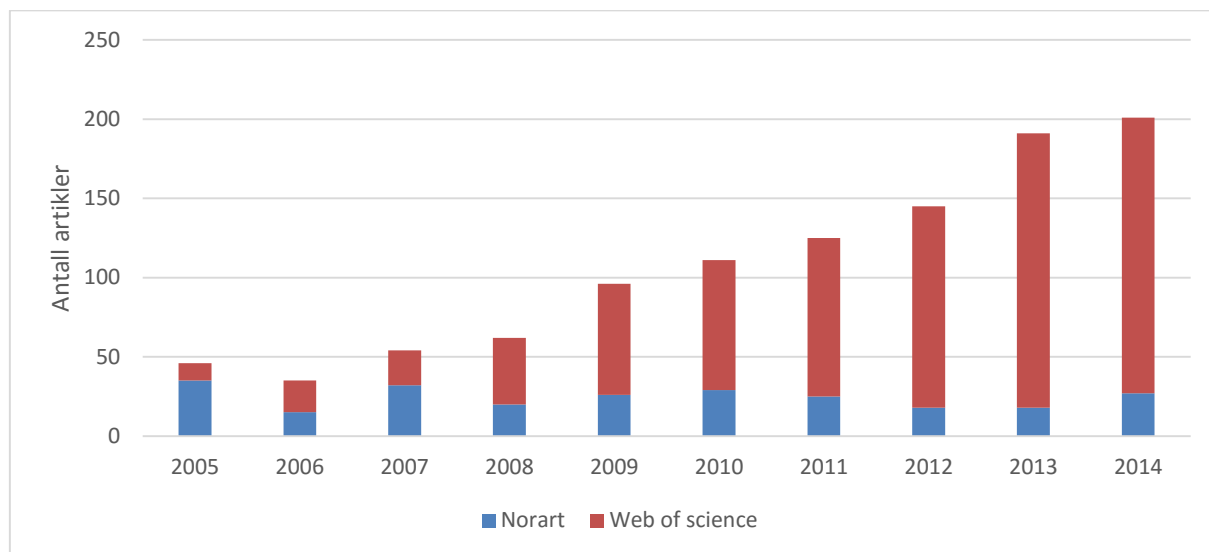
Publiseringsdata er som nevnt i innledningskapitlet, ofte benyttet som grunnlag for resultatindikatorer for forskning. Vitenskapelige artikler dokumenterer og formidler ny kunnskap, som er det prinsipielle målet med all forskning, og kan dermed danne grunnlag for indikatorer som er indirekte mål på kunnskapsproduksjon. I dette kapitlet analyserer vi først den vitenskapelige publiseringen, særlig med sikte på å belyse omfanget av forskning knyttet til primærhelsetjenesten og samarbeidsmønstre (3.1). I den neste delen av analysen analyserer vi den ikke-vitenskapelige publiseringen knyttet til primærhelsetjenester for å få et bredest og mest mulig dekkende bilde av publiseringsaktiviteten på dette feltet (3.2). Tidsperioden vi har valgt for begge analysene er 2005-2014. I alle fremstillinger av publiseringsomfanget er indikatoren antall artikler i heltall.

### 3.1 Vitenskapelig publisering

Totalt ble det publisert 1 066 vitenskapelige artikler med relevans for primærhelsetjenestefeltet i tiårsperioden fra 2005-2014 av norske miljøer. Tidlig i perioden var det årlige omfanget om lag 50 artikler, men økte etter hvert jevnt til og med 2012, for så å gjøre et hopp i 2013. Figur 3.1 viser et omfang på rundt 200 artikler i 2014. I hele perioden lå publiseringsvolumet i norske og skandinaviske tidsskrifter som er indeksert i Norart, stabilt på 15-35 artikler per år, mens publiseringen i internasjonale tidsskrifter har økt jevnt og til dels kraftig. Totalt sett var publiseringsveksten nesten 340 prosent i denne tiårsperioden – fra under 50 artikler i 2005 til 200 artikler ti år senere. Til sammenligning har antall artikler fra hele spesialisthelsetjenesten – helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus – fordoblet seg i tilsvarende periode. Den prosentvise veksten i artikkelomfanget med tilknytning til primærhelsetjenestefeltet var med andre ord betydelig større enn i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid må det tas i betraktning at publikasjonsomfanget knyttet til primærhelsetjenesten var beskjedent de første årene. Mens det totale antallet artikler innenfor medisin og helsefag, som ble publisert av helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjoner og de medisinske fakultetene ved universitetene i 2014 var rundt 8 200, var antall artikler knyttet til primærhelsetjenesten om lag 200. Grovt regnet kan vi anslå at artikkelproduksjon knyttet til primærhelsetjenesten utgjør om lag 2,5 prosent av det totale artikkelomfanget innen medisin og helsefag.

En fordeling av artiklene etter institusjonstype og region er vist i tabell 3.1. Tabellen viser antall publikasjoner som de ulike institusjonstypene har bidratt på. Siden mange av publikasjonene er skrevet i samarbeid med andre, vil summen av institusjonsbidragene overgå det totale antallet artikler (1 066). Universitetene utgjorde den største gruppen av institusjoner med et samlet omfang på nesten

800 artikler, som var tre fjerdedeler av det totale artikkelvolumet. Høgskolene, både statlige og vitenskapelige, bidro på 156 artikler – eller 15 prosent. Videre bidro forskningsinstituttene på 146 artikler som utgjorde 14 prosent.



**Figur 3.1 Antall publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter datakilde.**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Nest største institusjonstype er helseforetak med universitetssykehusfunksjoner, med et samlet bidrag på 547 artikler eller om lag halvparten av artiklene. De øvrige helseforetakene bidro på 188 publikasjoner eller i underkant av hver femte artikkel.

**Tabell 3.1 Antall institusjonsbidrag til vitenskapelige publikasjoner (N=1066) knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype og region 2005-2014.**

Type	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Sum	Andel av total (N=1066)
Universiteter	320	203	168	108	799	75 %
Høgskoler	106	29	20	1	156	15 %
Instituttsektor	83	56	7	-	146	14 %
Helseforetak med univ.syk.funksjon	280	109	97	61	547	51 %
Øvrige helseforetak	112	39	19	18	188	18 %
Offentlig sektor	17	-	2	2	21	2 %
Privat næringsliv	32	1	2	1	36	3 %
<i>Kommunale helse- og velferdsetater, inkl. legekontorer</i>	131	61	49	22	263	25 %
<i>Offentlig tannhelsetjenester og -klinikker</i>	21	7	11	20	59	6 %
<i>Enheter for spesialiserte behandlingstilbud</i>	37	52	9	3	101	9 %
<i>Private stiftelser</i>	54	2	-	-	56	5 %
<i>Private klinikker, inkl. fastleger</i>	389	73	35	33	530	50 %
<b>Antall artikler med bidrag fra primærhelsetjenesteenheter</b>	<b>567</b>	<b>193</b>	<b>90</b>	<b>72</b>	<b>870</b>	<b>82 %</b>
Andel av totale artikler (N=1066)	55%	22%	14%	9%	100%	

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Tabell 3.1 viser publiseringsomfanget ved de ulike institusjonstypene og etter region, samt andel av total (N=1066) for hele perioden 2005-2014.

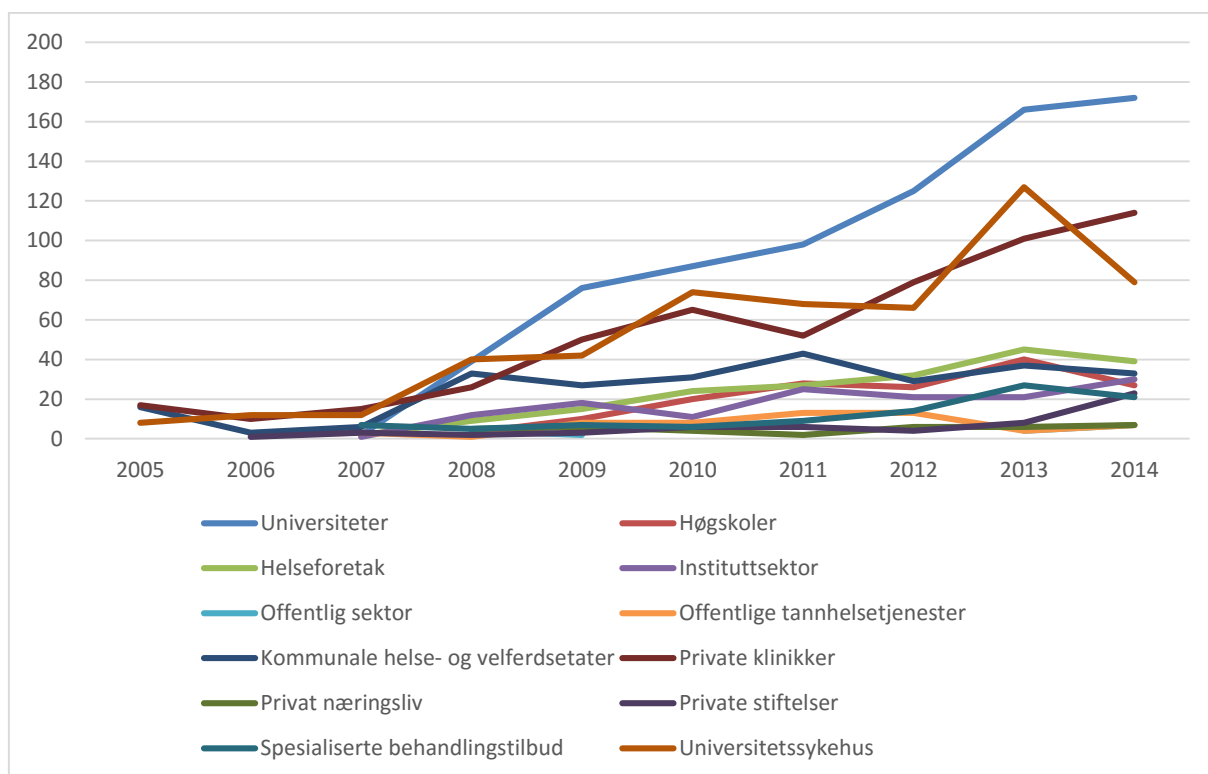
Denne analysen avdekker at en lang rekke aktører utfører forskning på dette feltet – og i større grad flere ulike institusjonstyper enn vi ser i andre fagfelt. Blant annet bidrar kommuners helse- og velferdsetater, andre primærhelsetjenesteenheter, legesentre, fastleger og ikke minst private klinikker med et betydelig omfang relativt sett. I denne analysen behandler vi alle disse ulike enhetene, sammen med offentlige tannhelsetjenesteenheter, spesialiserte behandlingstilbud og private stiftelser som primærhelsetjenesteenheter. Vi skiller mellom følgende hovedgrupper av institusjoner eller enheter:

- *Kommunale helse- og velferdsetater*, inkludert fastleger og legevakt
- *Offentlig sektor*, f.eks. direktorater
- *Offentlige tannhelsetjenester og -klinikker*
- *Private klinikker* som tilbyr primærhelsetjenester, inkludert legesentre og fastlegekontorer
- Enheter med *spesialiserte behandlingstilbud*, i hovedsak enheter innenfor rus og psykiatri.
- *Privat næringsliv*, blant annet laboratorier og bedrifter.
- *Private stiftelser*

Til sammen bidro alle enhetene som vi har klassifisert som tilbydere av primærhelsetjenester, på 870 publikasjoner som var 82 prosent av totalomfanget. At andelen er stor er ingen overraskelse, da utgangspunktet for utvelgelsen av enheter til analysen var institusjoner eller enheter som utfører primærhelsetjenester og institusjonene de hadde sampublisert med. I tillegg kommer institusjoner eller enheter med publikasjoner innenfor *primary health care*-kategorien i Web of Science og artikler med *pre-hospital* i tittelen (jf. kapittel 1).

Private klinikker som tilbyr primærhelsetjenester, inkludert fastlege tjenester, var den største gruppen av primærhelsetjenesteenheter. De hadde samlet sett like stort publiseringsvolum som helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og bidro på halvparten av alle publikasjonene. Kommunale helse- og velferdsetater, som inkluderer kommunale legesentre, helsestasjoner, pleiehjem etc., bidro på 25 prosent av publikasjonene. Enheter kategorisert som tilbydere av spesialiserte behandlingstilbud, bidro på ni prosent av publikasjonene, mens private stiftelser bidro på fem prosent.

Om man ser på fordelingen etter region, er det – ikke uventet – Helseregion Sør-Øst som er den største. Med landets største universitet og største helseforetak med universitetssykehusfunksjoner utgjør artikler som har en institusjonsadresse tilhørende denne regionen 55 prosent. Til sammenligning utgjorde regionens totale publiseringsomfang 48,1 prosent i 2015. Helseregion Vest, med landets nest største universitet, Haukeland universitetssykehus, og blant annet Uni Research, bidro på rundt 20 prosent av publikasjonene og var dermed nest største region. Deretter følger Helseregion Midt-Norge og Nord-Norge.



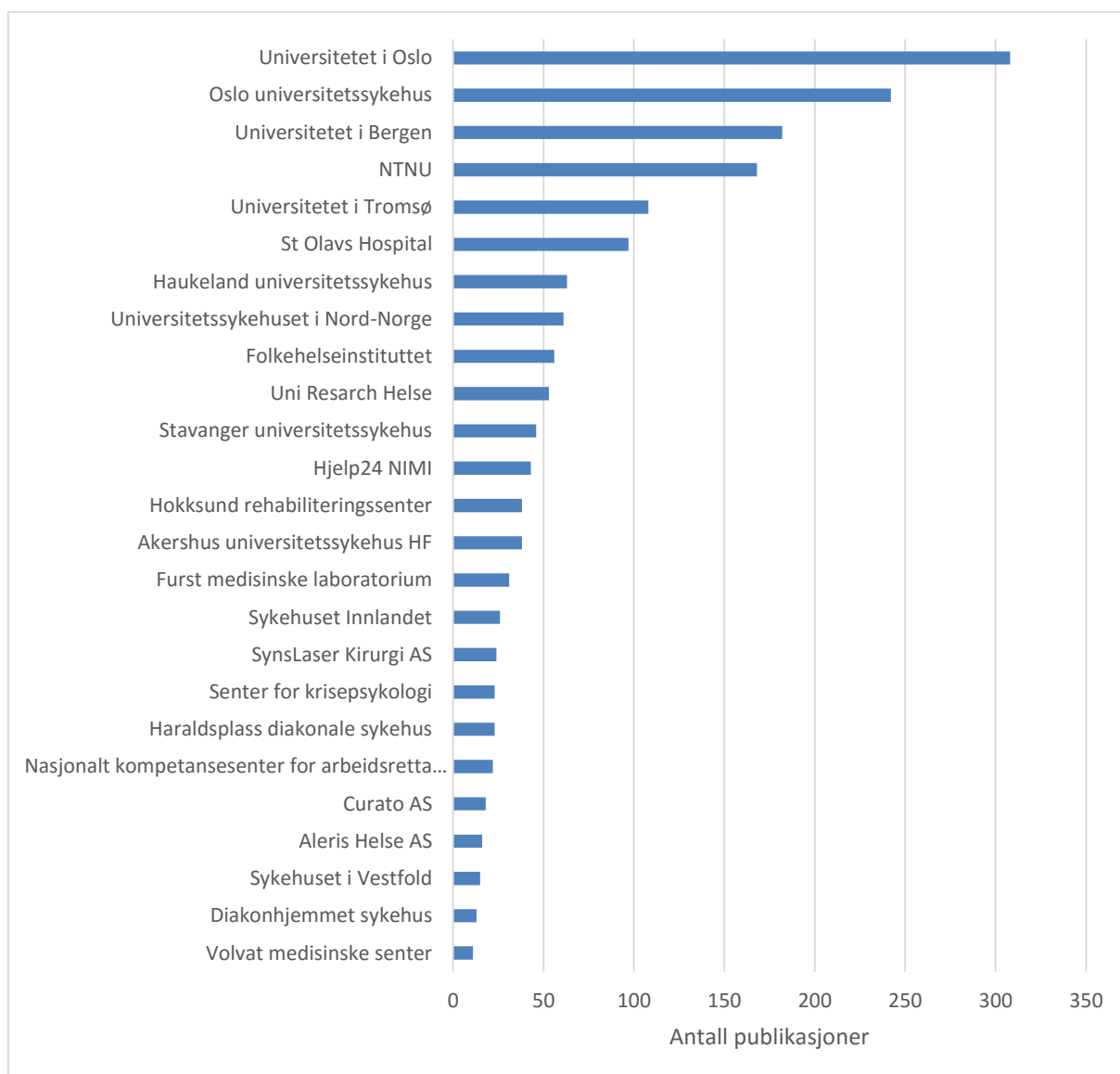
**Figur 3.2 Antall publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype i perioden 2005-2014.**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Ser vi på utviklingen over tid, er det nettopp de største institusjonstypene som har økt mest, dvs. universiteter, helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og private klinikker. Disse har samlet sett hatt en stor vekst i publiseringsomfanget, mens de øvrige har hatt en langt mer beskjeden vekst i sitt publiseringsomfang.

### 3.1.1 Publisering per institusjon

Figur 3.3 viser antall publikasjoner for de største og mest sentrale enhetene innenfor hver av institusjonstypene; universiteter, helseforetak med universitetssykehusfunksjoner, andre helseforetak, forskningsinstitutter og private klinikker som tilbyr primærhelsetjenester. Som i så mange sammenhenger er Universitetet i Oslo størst og har flest publikasjoner. Med flere enn 300 publikasjoner bidrar Universitetet i Oslo på nesten 70 flere publikasjoner enn neste institusjon på listen, som er Oslo Universitetssykehus med rundt 240 publikasjonsbidrag. Deretter følger tre universiteter; Universitetet i Bergen (182 publikasjoner), NTNU (168) og Universitetet i Tromsø (108). Med et noe mindre publiseringsomfang, følger så det nest største universitetssykehuset – St. Olavs Hospital – med i underkant av 100 publikasjonsbidrag.



**Figur 3.3 Antall institusjonsbidrag til vitenskapelige publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014, etter institusjon. De 25 største bidragsyterne.**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Haukeland universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge har begge rundt 60 bidrag.

De største forskningsinstituttene er Folkehelseinstituttet og Uni Research Helse, begge med bidrag på flere enn 50 publikasjoner. Uni Research Helse er også vertsinstusjon for Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE Bergen), som er ett av flere regionale kompetansesentre innenfor allmenntmedisin. Som nevnt tidligere har de mange private klinikkene som tilbyr primærhelsetjenester (flere enn 200) bidratt på et betydelig antall publikasjoner (i alt 530) som utgjør nær halvparten av totalomfanget. Her inngår også de mange legesentre og fastlegekontorene. Klinikken med størst publiseringsomfang er vist separat i figuren, som var Hjelp24NIMI, Hokksund Rehabiliteringssenter, Furst medisinske laboratorium og SynsLaser Kirurgi AS.

### 3.1.2 Tematisk profil

Selv om en betydelig andel av artiklene er hentet fra norskspråklige tidsskrift, er likevel majoriteten av artiklene skrevet på engelsk. Nesten 80 prosent er på engelsk og publisert i internasjonale tidsskrifter.

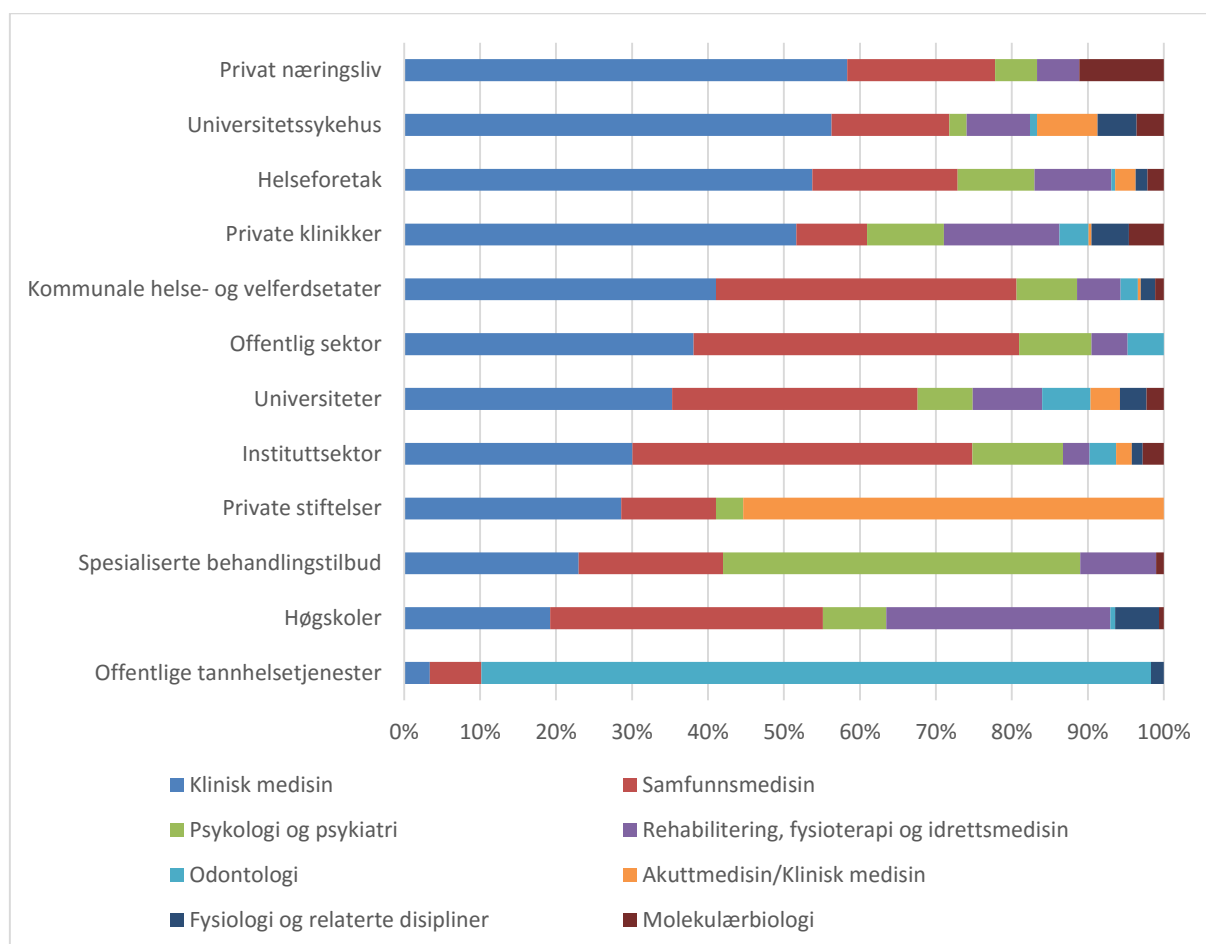






Figur 3.6 viser hvordan publikasjonene fordeler seg på fagdisipliner. Fire av ti artikler faller innenfor kategorien klinisk medisin, som dermed var den største faggruppen. Samfunnsmedisin utgjør som ventet også en betydelig kategori, med en fjerdedel av artiklene. Deretter følger psykologi og psykiatri med i overkant av 10 prosent og kategoriene rehabilitering, fysioterapi og idrettsmedisin med like under 10 prosent. Færrest publikasjoner finner vi for odontologi (5 prosent), akuttmedisin (4 prosent), fysiologi (3 prosent) og molekylærbiologi (2 prosent). Det må understrekes at denne kategoriseringen i fag og fagdisipliner delvis er basert på en skjønnsmessig vurdering ut fra artikkeltitlene og må anses som en grov snarere enn en presis inndeling. Den gir imidlertid et grovt bilde av fagdisiplinmønsteret for forskningen knyttet til primærhelsetjenestefeltet.

Ser vi nærmere på de ulike institusjonsgruppene, finner vi til dels ulike faglige profiler. Figur 3.7 viser institusjonstype og tematisk profil etter synkende andel klinisk medisin.

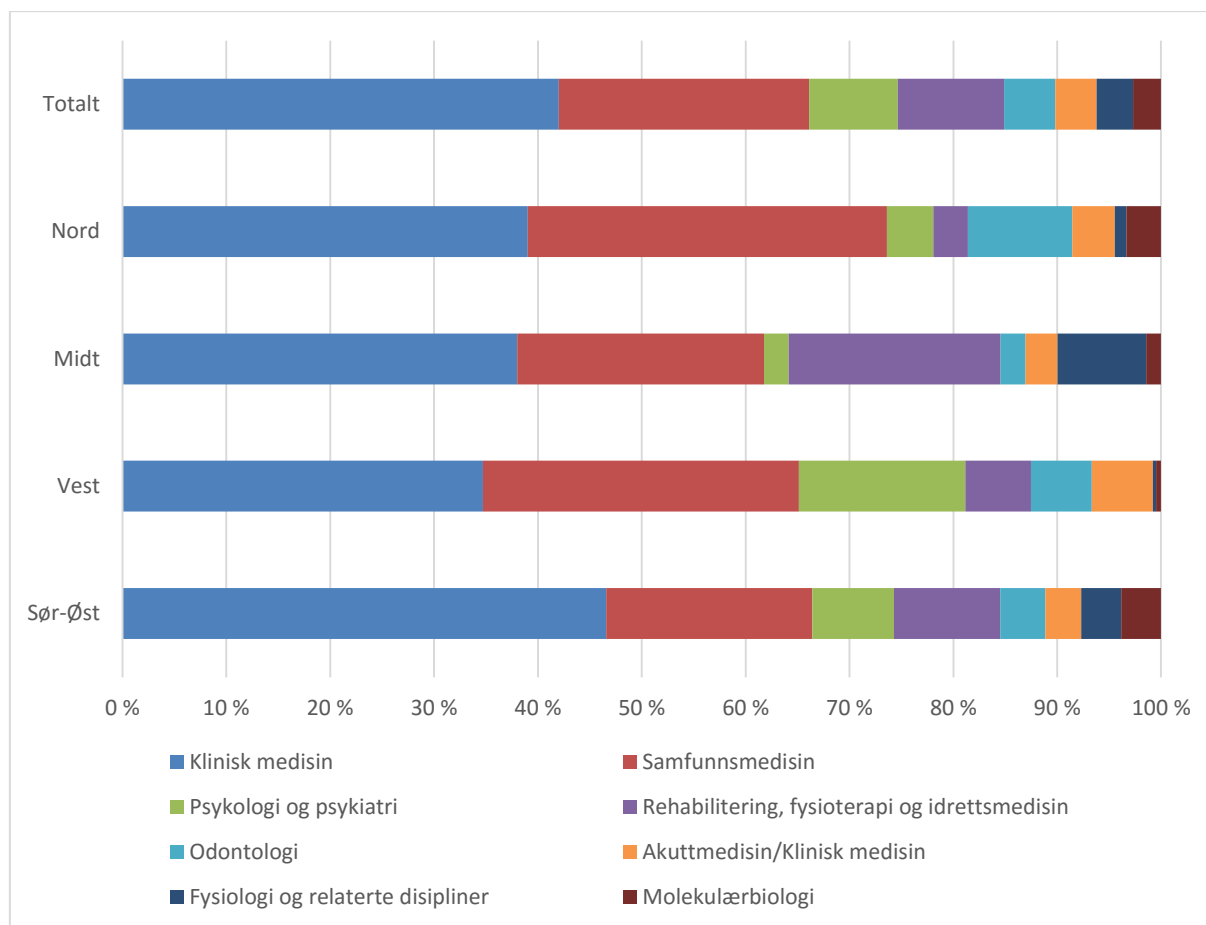


**Figur 3.7 Faglig profil på publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype og fagdisiplin (N=1066).**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Det fremgår blant annet at publikasjoner innenfor klinisk medisin utgjør mer enn halvparten av publiseringssomfanget ved enheter innenfor privat næringsliv, universitetssykehus, helseforetak og private klinikker, inkludert legesentre og fastlegekontorer. Videre utgjør samfunnsmedisin størst andel ved forskningsinstituttene og i offentlig sektor og kommunale helse- og velferdsetater. Blant universitetene var forskningsprofilene mer balansert i den forstand at klinisk medisin og samfunnsmedisin utgjorde om lag like store andeler. Dessuten var alle andre fagdisipliner representert. Videre var akuttmedisin det dominerende fagdisiplin blant private stiftelser (i dette tilfellet

Norsk luftambulans), og ikke uventet var odontologi dominerende blant offentlige tannhelsetjenesteenheter.



**Figur 3.8 Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet kategorisert etter fagdisiplin og helseregion (N=1066).**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Klinisk medisin og samfunnsmedisin er også de klart største fagdisiplinene i alle de fire helseregionene. I gjennomsnitt var to tredjedeler av publikasjonene knyttet til en av disse to. For øvrige fagdisipliner er det imidlertid noe ulik faglig profil regionene imellom. Psykiatri og psykologi står sterkt i vestregionen, mens rehabilitering, fysioterapi og idrettsmedisin er tredje største temaområde i region Midt-Norge. I Nord er odontologi tredje største forskningstema målt på denne måten.

### 3.1.3 Publiseringskanaler, kvalitetsnivå og språk

De i alt 1 066 publikasjonene som ble publisert innenfor dette temaet i perioden 2005-2014, var spredt på til sammen 361 forskjellige tidsskrifter. Øverst på listen over tidsskrifter med flest artikler var fire norske og ett skandinavisk tidsskrift. Det foretrukne tidsskriftet var *Tidsskrift for Den norske legeforening* med i alt 77 artikler. Deretter fulgte *Scandinavian Journal of Primary Health Care* med 43 artikler. De tre neste tidsskriftene var alle norske bransjetidsskrifter; *Den norske tannlegeforenings tidende* (37 artikler), *Fysioterapeuten* (31 artikler) og *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (28 artikler). Tabell 3.2 viser en oversikt over et utvalg av tidsskriftene som miljøene har publisert i. I tabellen vises også tidsskriftenes kvalitetsnivå. Som det fremgår her, er flesteparten på nivå 1. Antall artikler som var

publisert i et nivå 2-tidsskrift<sup>13</sup>, var 128, som tilsvarer en andel på 12 prosent. Sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet, som er 20 prosent i et nivå 2-tidsskrift, er andelen dermed langt lavere. Det er flere årsaker til den relativt lave andelen i nivå 2-tidsskrift, men en avgjørende faktor er nok at de foretrukne tidsskriftene er norske bransjetidsskrifter. I tillegg kan den lave andelen trolig også tilskrives forskningstemaets bredde.

**Tabell 3.2 Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter tidsskrift, antall og nivå, 2005-2014 (N=1066).**

Tidsskrift	Antall	Nivå	Tidsskrift	Antall	Nivå
Tidsskrift for Den norske legeforening	77	1	Acta Neurologica Scandinavica	9	1
Scandinavian Journal Of Primary Health Care	43	1	BMC Health Services Research	9	2
Den norske tannlegeforenings Tidende	37	1	Eurosurveillance	9	1
Fysioterapeuten	31	1	Respiratory Medicine	9	1
Tidsskrift For Norsk Psykologforening	28	1	Scandinavian Journal of Public Health	9	1
BMC Family Practice	27	1	Primary Care Respiratory Journal	8	1
Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation & Emergency Medicine	27	1	American Journal of Sports Medicine	7	2
British Journal of General Practice	15	2	Bmc Musculoskeletal Disorders	7	1
European Journal Of General Practice	15	1	BMC Public Health	7	1
Sykepleien Forskning	15	1	Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy	7	1
Acta Anaesthesiologica Scandinavica	14	1	Resuscitation	7	1
Allergy	13	1	Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation	7	1
Family Practice	12	1	Acta Ophthalmologica	6	1
Plos One	12	1	BMI Open	6	1
European Journal Of Applied Physiology	11	1	European Heart Journal	6	2
Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy	11	1	Injury-International Journal of The Care of The Injured	6	1
Omega-Journal Of Death And Dying	10	1	Journal of Hypertension	6	1
Øvrige tidsskrift (327) <sup>1</sup>				531	
<b>Totalt</b>				<b>1 066</b>	

Merknad:

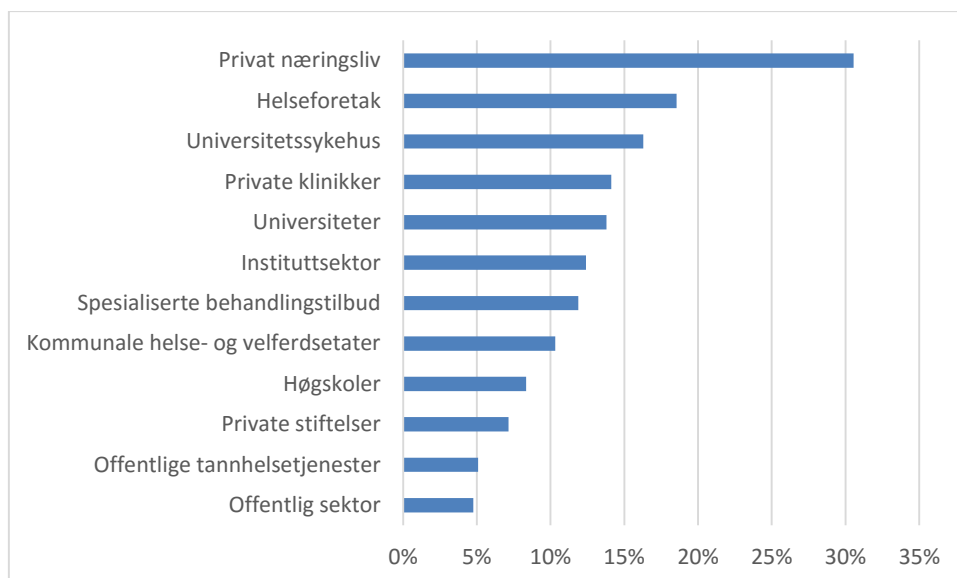
<sup>1</sup> Tidsskrifter med mindre enn 6 artikler knyttet til primærhelsetjenester.

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Det er imidlertid noen variasjoner i nivå 2-andelen mellom de ulike institusjonstypene. Privat næringsliv som blant annet omfatter private laboratorier og bedrifter, var gruppen med høyest andel artikler i nivå 2-tidsskrift (31 prosent). Helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjoner hadde også høyere andel enn gjennomsnittet med andeler på henholdsvis 16 og 19 prosent. Universitetene hadde samme andel som gjennomsnittet, dvs. 14 prosent. Sammenligner vi enkeltinstitusjoner innenfor institusjonsgruppene, var det også variasjoner. Eksempelvis var 16 prosent av Universitetet i

<sup>13</sup> I rapporten Vekt på forskning (2004) utgitt av Universitets- og høgskolerådet (UHR), heter det at nivå 2 skal være begrenset til publiseringskanaler (vitenskapelige tidsskrifter, serier, årbøker, nettsted og bokutgivere) som oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger, som utgir de mest betydelige publikasjonene fra ulike lands forskere og som til sammen utgir om lag en femtedel (20 %) av fagets vitenskapelige publikasjoner.

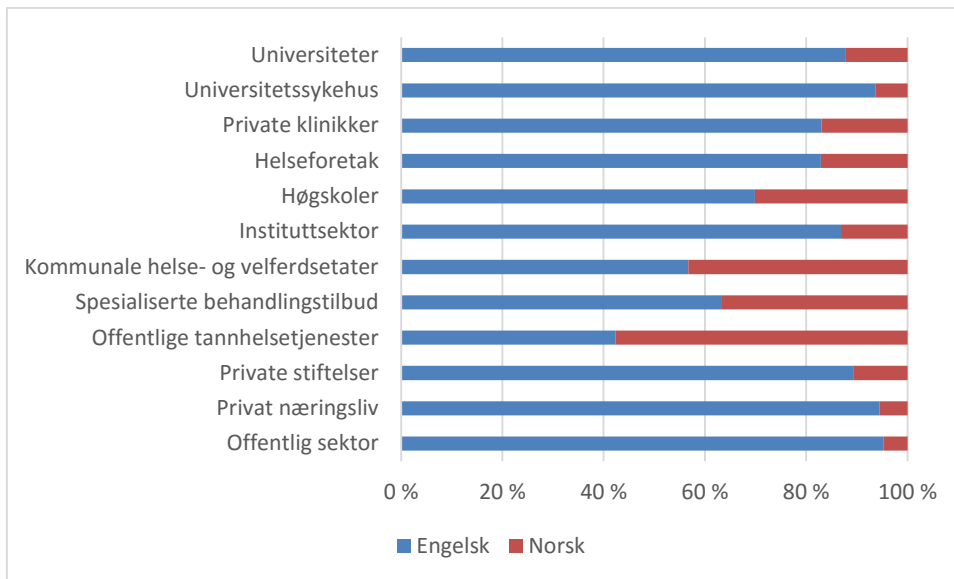
Tromsøs artikler i et nivå 2-tidsskrift. Tilsvarende andeler for universitetene i Bergen og Stavanger var begge 10 prosent, mens andelen ved Universitetet i Oslo var 14 prosent. Blant helseforetak med universitetssykehusfunksjoner, var det Oslo Universitetssykehus som hadde den høyeste andelen med 19 prosent. Deretter fulgte Haukeland universitetssykehus med 17 prosent og St. Olavs Hospital med 16 prosent.



**Figur 3.9 Andel artikler publisert i nivå-2-tidsskrift knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype.**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Som nevnt tidligere er den store majoriteten (78 prosent) av artiklene skrevet på engelsk. Dette til tross for at de foretrukne tidsskriftene, dvs. de som hadde fleste artikler per tidsskrift, var norske. Totalt sett utgjorde de norskspråklige artiklene 18 prosent av det totale omfanget, men ser vi på de ulike institusjonstypene, var andelen norsk varierende. Andel norske artikler blant universitetene, som var den største gruppen i omfang, var 12 prosent, mens helseforetak med universitetssykehusfunksjoner kun hadde 6 prosent norskspråklige artikler. Andelen blant private klinikker som tilbyr primærhelsetjenester, var 17 prosent. I den offentlige tannhelsetjenesten var nesten 60 prosent av publikasjonene skrevet på norsk, mens det gjaldt om lag 40 prosent av artiklene med bidrag fra kommunale helse- og velferdsetatene. Relativt færrest norskspråklige artikler finner vi blant enheter i offentlig sektor, privat næringsliv og helseforetak med universitetssykehusfunksjoner med andeler på mellom 5 og 6 prosent.



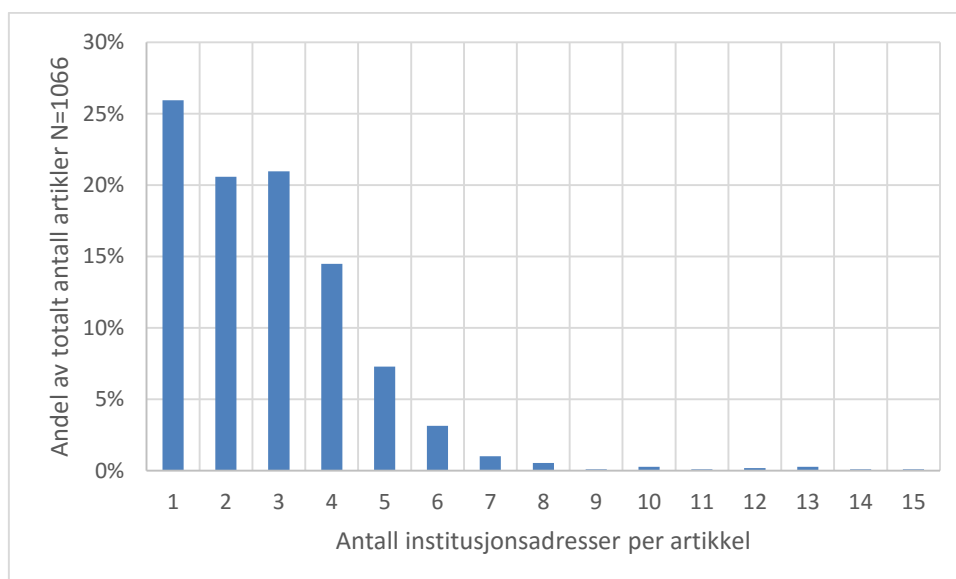
**Figur 3.10 Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype og språk (N=1066).**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

### 3.1.4 Nasjonalt samarbeid

Forskning knyttet til primærhelsetjenestefeltet foregår i stor grad i samarbeid mellom ulike institusjoner og institusjonstyper. Dette fremkommer allerede når man ser at summen av alle institusjoners publikasjoner er langt høyere enn det totale antallet publikasjoner – ergo har flere publisert sammen. Det indikerer forskningssamarbeid, og innenfor det medisinske fagfeltet er det ikke bare mye samarbeid mellom ulike institusjoner som eksempelvis universiteter og helseforetak. Det er også svært vanlig at leger har flere stillinger, enten ved at fastleger har en bistilling ved et sykehus, eller det motsatte: at sykehusleger har bistillinger ved private legesentre eller fastlegekontorer. Når disse legene/forskerne skriver artikler, er vanlig praksis at begge arbeidsstedene krediteres i publikasjonen. Denne krediteringsspraksisen vil kunne blåse opp tallene for publiseringssamarbeid, men telles likevel som samarbeid, da begge institusjonene har bidratt med ressurser som har muliggjort forskningen.

I gjennomsnitt var det 2,7 ulike institusjonsadresser per artikkel som ble publisert på dette feltet. Likevel var 24 prosent av artiklene skrevet uten samarbeid med andre. Altså var de resterende 76 prosentene skrevet i samarbeid mellom forfattere ved to eller flere institusjoner. De vanligste samarbeidskonstellasjoner var mellom to eller tre ulike institusjoner. Det forekom i 42 prosent av artiklene. Det forekommer imidlertid også at flere enn tre institusjoner er involvert i forskningssamarbeid. 14 prosent av artiklene hadde fire institusjonsadresser, mens i overkant av 7 prosent hadde fem adresser og tre prosent hadde seks. Flere enn seks institusjonsadresser forekom bare i et fåtall artikler.



**Figur 3.11 Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet. Andel etter antall institusjoner per publikasjon (N=1066).**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Tabell 3.3 viser samarbeidet mellom institusjonene og institusjonstyper etter den prosentvise andelen av institusjonens artikler som er skrevet i samarbeid med andre. Det fremkommer blant annet at 45 prosent av Universitetet i Oslo (UiO) publikasjoner er skrevet i samarbeid med Oslo universitetssykehus (OUS), og at 59 prosent er skrevet i samarbeid med private klinikker, inkludert private legesentre og fastlegekontorer. Det er mest samarbeid mellom institusjoner i samme region, slik som mellom universiteter og helseforetak med eller uten universitetssykehusfunksjoner. Dette ser vi både i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Samtlige av St. Olavs hospitals publikasjoner er skrevet i samarbeid med NTNU, mens 70 prosent av Haukeland universitetssykehus' publikasjoner er skrevet i samarbeid med Universitetet i Bergen (UiB). Til sammenligning viser tall fra publiseringsanalysen «Felles forskningsarena 2014» (Thorstensen et al 2014), at Haukeland universitetssykehus skrev tre av fire publikasjoner i samarbeid med det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen.

Tabellens siste kolonne viser institusjonens totale andel av publikasjonene som er skrevet i samarbeid med andre. Selv om det totale antallet artikler som er skrevet av kun én institusjon utgjør 24 prosent av totalt antall artikler, er det flere institusjoner som utelukkende har publisert sammen med andre. Dette gjelder blant annet Akershus universitetssykehus, St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. De store universitetene har også skrevet nesten samtlige av sine publikasjoner i samarbeid med andre. Blant institusjonstypene som omtales som primærhelsetjenesteenheter, varierer andelen publikasjoner skrevet i samarbeid med andre fra 83 prosent for de private klinikkene til 100 prosent for privat næringsliv. Ser vi nærmere på hvem de private klinikkene, som i omfang stod for nesten halvparten av publikasjonene, samarbeidet med, var det i 13 prosent av tilfellene Universitetet i Bergen, 30 prosent med Universitetet i Oslo, 17 prosent med NTNU og 23 prosent med Oslo universitetssykehus.



**Tabell 3.3 Andel samarbeidsforekomster for publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet per institusjon/type institusjon. Prosent av institusjonens publikasjoner som er forfattet i samarbeid med andre.**

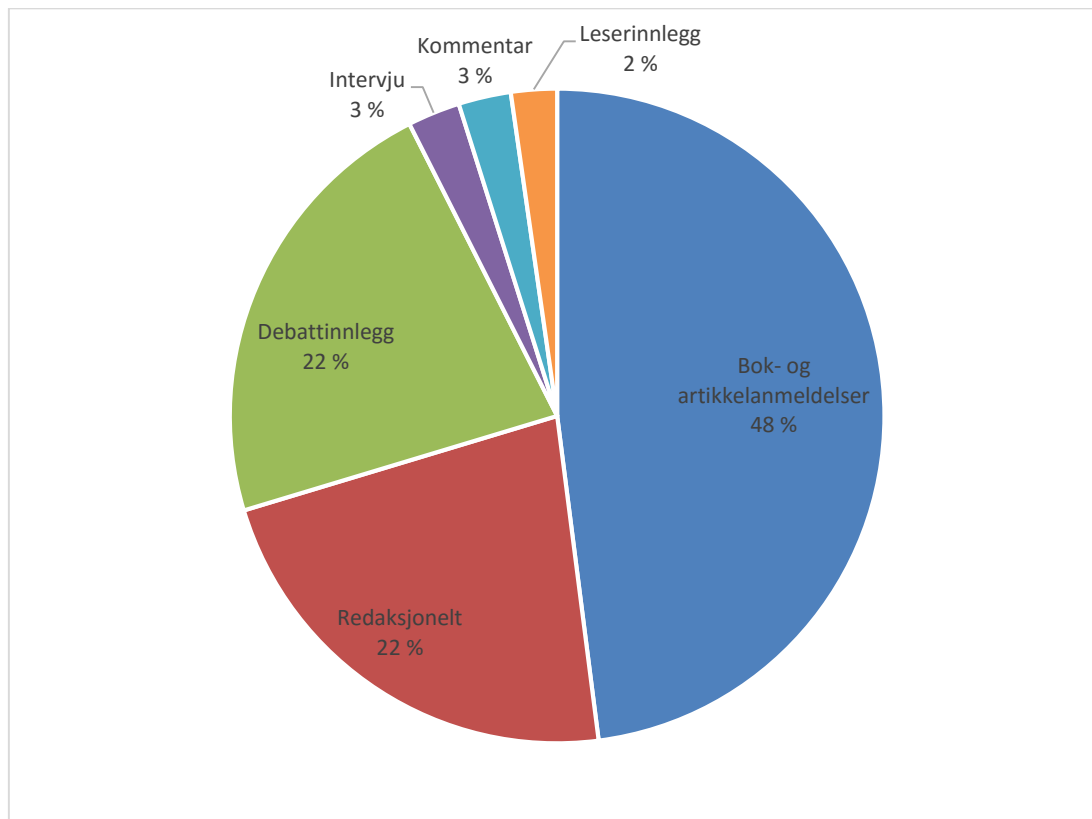
Publiserende institusjoner	Samarbeidende institusjoner																		
	UIB	UIO	UIS	UIT	NTNU	AHUS	Haukeland	OUS	St Olavs Hosp.	UNN	Helseforetak	Instituttsektoren	Komm.helse/velf.	Of. sektor	Of. tannhelse	Private klinikker	Privat nivå	Spes beh	Andel med samarbeid %
UIB		18	2	5	8	3	24	11	4	4	25	36	22	1	6	41	8	18	96
UIO	12		1	8	9	9	5	45	4	5	30	14	16	4	8	59	9	6	96
UIT	9	20	2		11	4	1	13	3	33	15	8	15	3	10	28	9	4	85
NTNU	9	15	1	6		3	9	11	48	4	22	8	23	1	2	54	11	8	96
AHUS	18	76	5	13	16		18	58	16	8	74	34	34	5	0	68	26	5	100
Haukeland	70	24	1	1	22	9		27	12	4	48	7	24	0	4	54	16	15	97
OUS	8	52	1	5	8	8	7		6	5	25	7	15	0	0	52	9	6	88
St. Olavs Hospital	8	13	1	3	10 0	6	9	16		4	37	10	24	2	3	72	14	9	100
UNN	11	26	0	69	10	3	5	25	5		28	7	26	3	2	70	7	8	100
Helseforetak	13	23	1	4	12	7	9	17	9	4		8	16	2	0	30	12	5	99
Instituttsektoren	37	26	1	5	10	6	3	11	6	3	17		33	9	5	30	7	2	98
Komm. helse- og velf. etater	13	21	2	6	18	5	6	16	6	7	25	23		5	2	7	5	2	84
Offentlig sektor	11	44	4	11	7	7	0	4	7	15	26	63	52		4	33	7	0	100
Offentlig tannhelse-tjeneste	15	33	0	16	5	0	4	1	4	1	1	12	4	1		9	0	0	87
Private klinikker	13	30	1	5	17	4	6	23	11	6	18	8	1	1	2		8	1	83
Privat næringsliv	16	28	11	13	20	10	14	23	14	4	44	12	6	2	0	49		3	100
Spesialiserte behandlingstilbud	31	17	0	5	16	2	10	15	9	5	19	3	3	0	0	5	3		86

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Figur 3.12 illustrerer sampubliseringsmønsteret mellom de ulike institusjonene og institusjonstypene. Størrelsen på kulepunktene angir omfanget av institusjonens artikler som er forfattet i samarbeid med andre, mens linjetykkelsene angir samarbeidsomfanget mellom institusjonene. De ulike fargene angir grupperinger ved at institusjoner i like farger har mer samarbeid seg imellom enn de har med de andre institusjonene med ulik farge.



Antall publikasjoner årlig varierer mye, og det var ikke noen jevn vekst i den perioden vi har studert her. Dette kan blant annet henge sammen med at utvalget er noe mangelfullt.<sup>14</sup> Av det totale omfanget av ikke-vitenskapelig formidling sett under ett, var nesten halvparten bok- og artikkelanmeldelser. Kategoriene redaksjonelt stoff og debattinnlegg utgjorde i overkant av en femtedel hver (22 prosent). De tre minste kategoriene – intervjuer, kommentarer og leserinnlegg – utgjorde mellom to og tre prosent hver.



**Figur 3.13 Ikke-vitenskapelig publisering knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter publikasjonstype.**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

En oversikt over hvem som publiserte etter institusjonstype og region er vist i tabell 3.4. De mange private klinikkene som tilbyr primærhelsetjenester, inkludert legesentre og fastlegekontorer, var mest aktive og bidro på i underkant av 400 forskjellige publikasjoner, som utgjorde 63 prosent av totalt antall publikasjoner. Universitetsinstitutter og kommuner bidro begge på om lag en fjerdedel av de ikke-vitenskapelige publikasjonene og var dermed nummer 2 og 3 på listen. Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner bidro på i underkant av en femtedel av publikasjonene.

Helseregion Sør-Øst var klart den største. Hele 91 prosent av bidragene hadde sitt utspring fra en institusjonsadresse der. Dette er en langt større andel enn regionens andel av den vitenskapelige publiseringen, som var litt over halvparten. Helseregion Vest stod for en andel på 30 prosent og var dermed nest største region. Institusjoner i Helseregion Midt-Norge stod for 18 prosent, mens Helseregion Nord-Norges andel var 13 prosent. I tillegg var 12 prosent av institusjonsadressene ukjente og dermed ikke henført til noen region. Sammenligner vi denne type formidling med den vitenskapelige publiseringen (jf. tabell 3.1), var regionenes bidrag relative like, med unntak av Helseregion Sør-Øst.

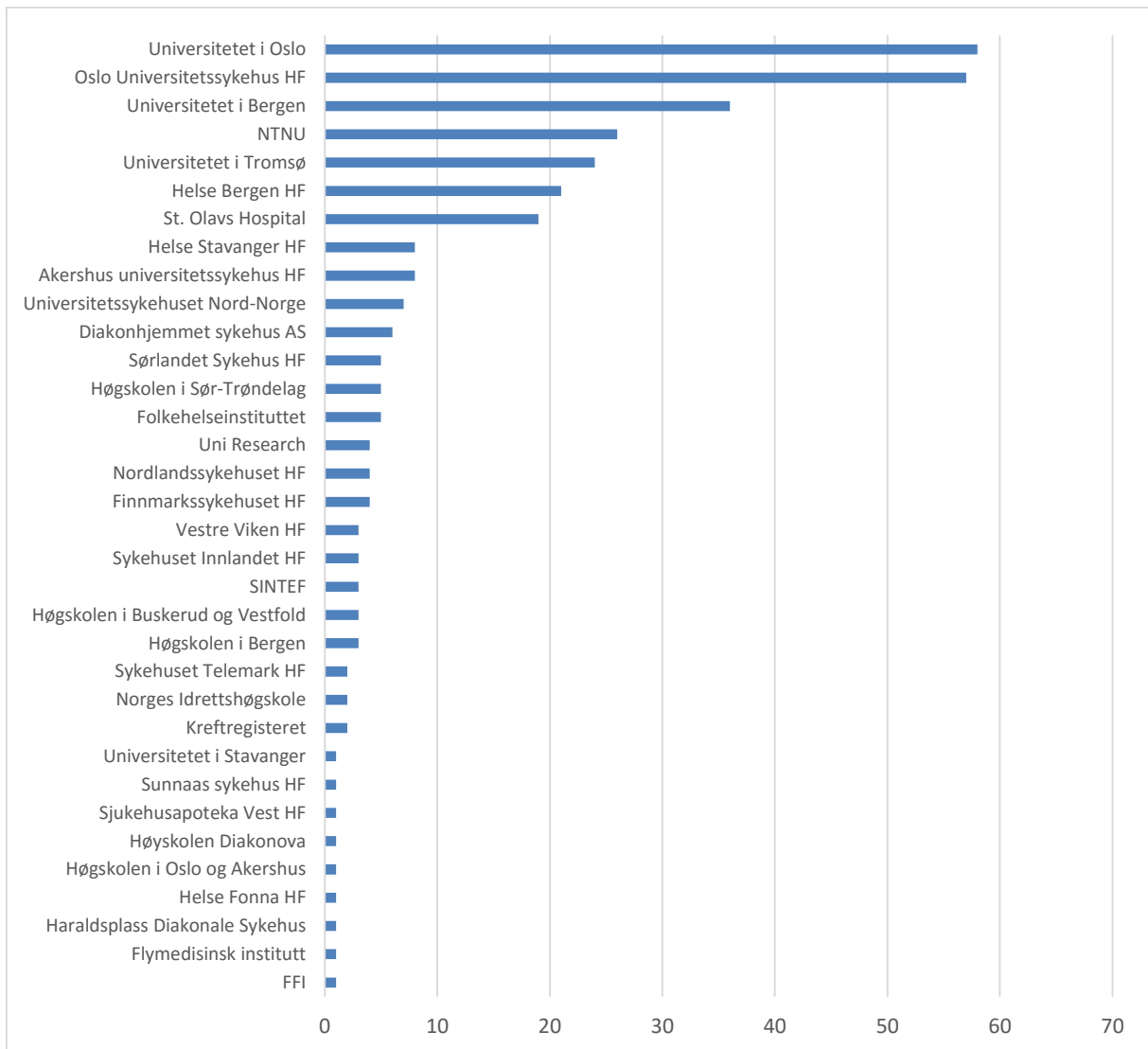
<sup>14</sup> Publikasjoner i *Tidsskrift for Den norske legeforening* mangler for 2012 og 2013.

**Tabell 3.4 Ikke-vitenskapelig publisering knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter institusjonstyper og region.**

Institusjonstyper	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Ukjent	Totalt	Andel
Universiteter	59	37	26	24		146	24 %
Høgskoler	7	3	5			15	2 %
Instituttsektor	9	9	3			21	3 %
Universitetssykehus	65	21	19	7		112	18 %
Helseforetak	22	11		6		39	6 %
Offentlig sektor	12	4	2	1		19	3 %
Offentlig tannhelsetjeneste	11		5	5		21	3 %
Spesialiserte behandlingstilbud	33	20		3	1	57	9 %
Kommunale helse- og velferdsetater	98	16	16	12	2	144	23 %
Privat næringsliv	13	1			9	23	4 %
Privat stiftelse	23	7			2	32	5 %
Private klinikker	207	56	36	25	63	387	63 %
<b>Totalt</b>	<b>559</b>	<b>185</b>	<b>112</b>	<b>83</b>	<b>77</b>	<b>617</b>	<b>100 %</b>
<b>Andel</b>	<b>91 %</b>	<b>30 %</b>	<b>18 %</b>	<b>13 %</b>	<b>12 %</b>	<b>100 %</b>	

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

Ser vi nærmere på noen enkeltinstitusjoner i universitets- og høgskolesektoren og instituttsektoren, fremgår det at Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus var de to institusjonene som skrev mest, begge med i underkant av 60 publikasjoner hver. Deretter følger Universitetet i Bergen, NTNU og Universitetet i Tromsø. De neste på oversikten, er en rekke helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjoner. Vi finner også forskningsinstitutter, men disse bidro bare på et fåtall publikasjoner.



**Figur 3.14 Ikke-vitenskapelig publisering knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter institusjoner i UoH- og instituttsektoren, inkludert helseforetak. Antall publikasjoner.**

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU



**Tabell 3.5 Ikke-vitenskapelig formidling knyttet til primærhelsetjenestefeltet i 2005-2014 etter tidsskrift.**

<b>Tidsskrift</b>	<b>Antall</b>
Tidsskrift for Den norske legeforening	287
Fysioterapeuten	87
Tidsskrift for Norsk psykologforening	73
Den norske tannlegeforenings tidende	65
Sykepleien forskning	31
Spesialpedagogikk	11
Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency	9
Tidsskrift for psykisk helsearbeid	9
Akuttjournalen	8
Omsorg	8
Psykologi i kommunen	5
Norsk tidsskrift for logopedi	4
Michael	3
Tidsskrift for sjelesorg	3
Bioingeniøren	2
Norsk epidemiologi	2
Norsk farmaceutisk tidsskrift	2
Norsk gestalttidsskrift	2
Skolepsykologi	2
Kritisk juss	1
Michael quarterly. Supplement	1
Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift	1
Suicidologi	1

Kilde: Norart/Web of Science/NIFU

## 4 FoU knyttet kommunale helse- og omsorgstjenester – ressurser og innretning

I dette kapitlet beskriver vi resultater fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført for å kartlegge ressursbruken til og innretningen av forskning og utviklingsarbeid (FoU) rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.<sup>15</sup> Utgangspunktet er at kommunene ikke er lovpålagt å forske og ikke har egne forskningsinstitusjoner, men at de skal medvirke til og legge til rette for forskning for egne tjenester. FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester skjer derfor i stor grad ved universiteter, høyskoler, institutter eller helseforetak. I tillegg er det de senere årene opprettet flere sentre som skal bidra til å dekke kommunenes kunnskapsbehov.

Et hovedformål med kartleggingen er å få oversikt over komponenter i et kunnskapssystem til støtte for kommunale helse- og omsorgstjenester, dvs. hvilke institusjoner, avdelinger eller organisasjoner som driver slik virksomhet, i hvilket omfang og med hvilken innretning. Resultatene fra undersøkelsen vil blant annet inngå i kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med den nasjonale HelseOmsorg21-strategien, der et kunnskapsløft for kommunale helse- og omsorgstjenester er en av fem hovedprioriteringer.

Undersøkelsen tenkes dessuten å bidra til å styrke FoU-statistikken for kommunesektoren. NIFU har et nasjonalt ansvar for å utarbeide FoU-statistikk for Norge for universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren, inkludert helseforetak og private ideelle sykehus. Øvrige offentlige institusjoner med FoU-aktivitet inngår i instituttsektoren. Selv om FoU-omfanget ikke nødvendigvis er omfattende per i dag, vil kartleggingen være en del av grunnlaget for å følge utviklingen som skisseres i ulike plan- og policydokumenter.

### 4.1 Samlede FoU-ressurser knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester

I HelseOmsorg21-strategien er, som nevnt, et kunnskapsløft for kommunene et prioritert område. Det er prioritert fordi kommunene per i dag ikke har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap til å møte utfordringene de står overfor. Økt forskningsinnsats er et virkemiddel for å bedre situasjonen. Som anført innledningsvis, vet vi lite om status før et slikt kunnskapsløft. Kunnskapen om størrelsen på FoU-innsatsen knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i dag er begrenset, og data som kan

---

<sup>15</sup> Undersøkelsen dekker også forskningsbasert innovasjon som er tema for neste kapittel.



belyse situasjonen på en adekvat måte, finnes ikke. Ved å kople data fra eksisterende registre med data fra en dedikert spørreundersøkelse, vil vi imidlertid kunne si noe mer. Vi gikk derfor gjennom institusjonsoversikter som benyttes i FoU-statistikken og andre institusjonsoversikter, som beskrevet i kapittel 1. En oversikt over enhetene som ligger til grunn for den følgende beskrivelsen finnes i Vedlegg 1.

Undersøkelsen ble besvart av 98 enheter som dekkes i FoU-statistikken og i tillegg 11 enheter som ikke dekkes; se nærmere omtale i kapittel 1. Spørreundersøkelsen viser at 70 av de 98 enhetene som er dekket i FoU-statistikken oppga å ha vitenskapelig personale som hadde deltatt i FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015. 8 av de 11 enhetene som ikke dekkes av FoU-statistikken oppga å ha utført FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. I dette og neste kapittel baserer vi beskrivelsen på resultatene for disse til sammen 78 enhetene, som har oppgitt å ha FoU-aktivitet på dette området i 2015. I flere av de følgende fremstillingene, der materialet er brutt ned på sektor, er de 8 enhetene som ikke er dekket i FoU-statistikken, tatt med under instituttsektoren.

Våre beregninger viser at de totale FoU-utgiftene for 2015 for de 70 enhetene som er dekket i FoU-statistikken, utgjorde om lag 7,9 milliarder kroner. FoU-utgiftene for enhetene som er valgt ut i denne kartleggingen ligger dermed samlet på omtrent samme nivå som for medisinsk og helsefaglig FoU i 2013 (Sundnes et al 2015:14), som riktignok også omfatter næringslivet.

Våre beregninger viser at de samlede FoU-utgifter i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør 815 millioner kroner ved de samme 70 enhetene. Utgiftene til FoU rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør dermed om lag 10 prosent av disse enhetenes samlede FoU-utgifter.

I tillegg kommer enhetene som ikke er dekket i FoU-statistikken. Disse ble bedt om å oppgi FoU-utgifter i kroner i 2015.<sup>16</sup> På bakgrunn av innrapportert materiale er de totale FoU-utgiftene for 2015 for de 8 enhetene beregnet til 53 millioner kroner. Av dette utgjorde FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester 28 millioner kroner, dvs. drøyt halvparten.

**Tabell 4.1 Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter dekning i FoU-statistikken og utførende sektor. Millioner kroner. Prosent.**

	Mill. kr	Prosent	N
Universitets- og høgskolesektoren	343	41	45
Instituttsektoren	364	43	15
Helseforetakene	109	13	10
Sum enheter dekket i FoU-statistikken	815	97	70
Andre enheter ikke dekket i FoU-statistikken	28	3	8
Totalt	843	100	78

Kilde: NIFU

Totalt anslås dermed FoU-utgiftene knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ved alle de 78 enhetene samlet, dvs. både de som er dekket og ikke dekket i FoU-statistikken for 2015, til i overkant av 840 millioner kroner.

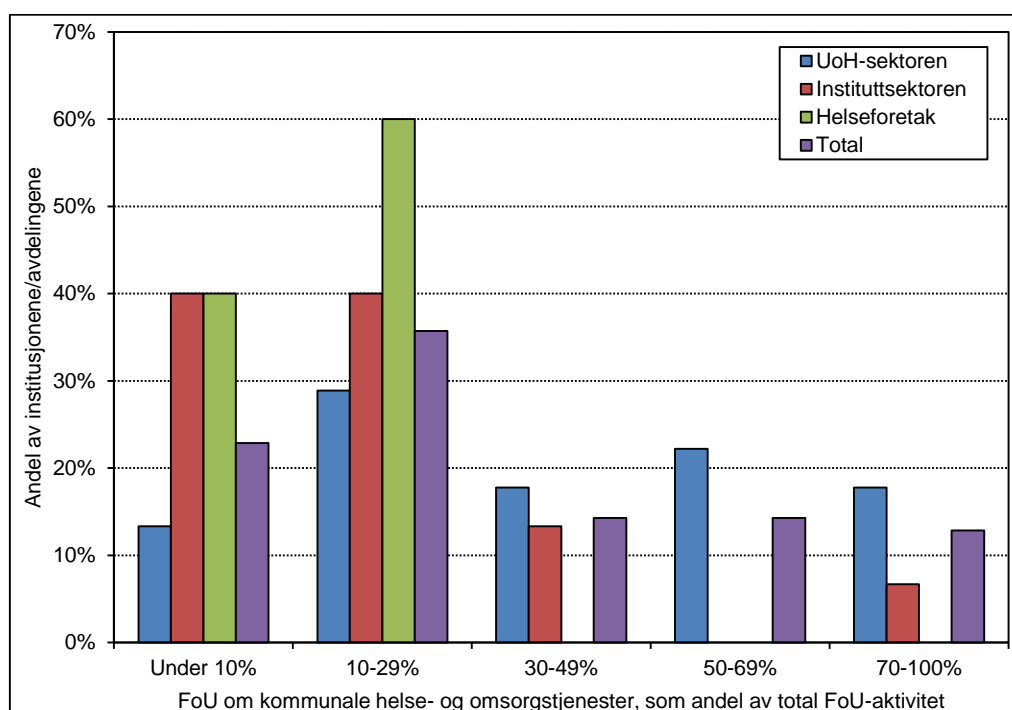
Tabell 4.1 viser at det meste av FoU-ressursene er registrert ved enheter som er dekket i FoU-statistikken, og at en overveiende del av FoU-aktiviteten i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester er utført av enheter i universitets- og høgskolesektoren (41 prosent) og instituttsektoren (43 prosent). Øvrige enheter, dvs. kunnskaps- og kompetansesentre med dekning av kommunenes FoU-behov som et hovedformål, stod for bare 3 prosent av ressursene. Dette må ikke tas som uttrykk for den samlede FoU-innsatsen som kunnskaps- og kompetansesentrene, som er

<sup>16</sup> Som grunnlag for eventuell senere inkludering i FoU-statistikken ble de dessuten bedt om enkelte andre tall, bl.a. totale utgifter til all aktivitet og utgifter til all FoU, inkludert FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

opprettet for å betjene kommunene, utfører. Som nevnt i kapittel 1 er flere av disse sentrene dekket i FoU-statistikken, enten direkte som rapporteringsenheter eller indirekte som del av en større rapporteringsenhet.

#### 4.1.1 FoU-intensitet blant enheter som er dekket i FoU-statistikken

Sentrene som ikke dekkes i FoU-statistikken har, som vi så over, i gjennomsnitt oppgitt at vel halvparten av FoU-aktiviteten deres er knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. For de øvrige enhetene er det betydelig spredning med hensyn til hvor stor del av FoU-aktiviteten som har en slik profil. Figur 4.1 viser hvor stor andel av den totale FoU-aktiviteten i 2015 som anslås å være rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester for enhetene som er dekket i FoU-statistikken. Samlet sett ble slik FoU oppgitt å utgjøre mindre enn 30 prosent av den samlede FoU-aktiviteten ved nesten 60 prosent av enhetene. Bare et fåtall oppgir at slik FoU er en hovedaktivitet. Dette mønsteret er klarere i instituttsektoren og i helseforetakene enn i UoH-sektoren, der fordelingen mellom de ulike intensitetskategoriene er jevnere.



**Figur 4.1 Andelen (%) av den totale FoU-aktiviteten ved institusjonene/avdelingene i 2015 som anslås å være rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sektor. Prosent (N=70).**

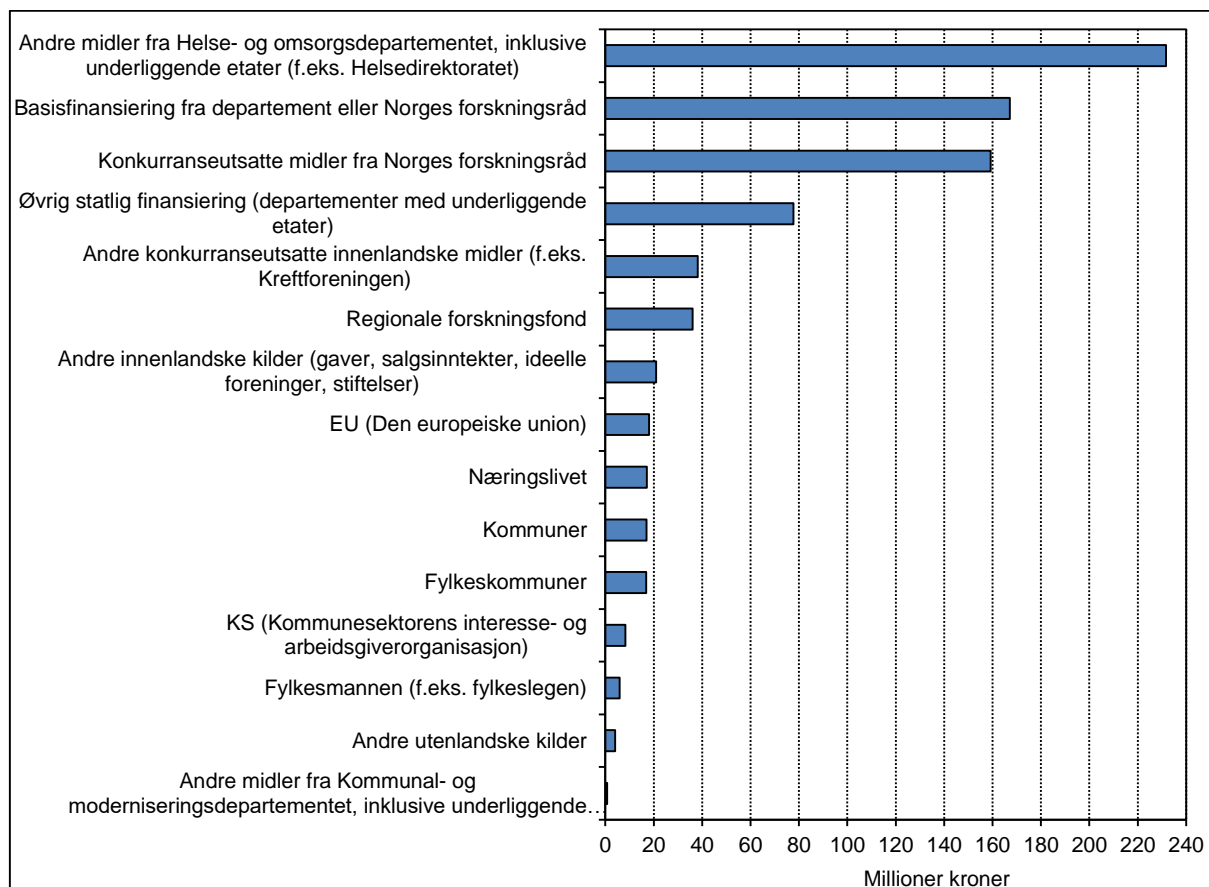
Kilde: NIFU

Figuren viser en uveid fordeling, dvs. at en stor enhet utgjør like mye som en liten. Det kan tilsløre at store enheter (f.eks. målt i totale FoU-utgifter) ofte vil ha FoU-aktivitet rettet mot flere, ulike områder, hvorav FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester kan være én. Små enheter vil i større grad kunne spesialisere seg, for eksempel på FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester eller deler av den. En analyse av underlagsmaterialet støtter en slik hypotese.

## 4.2 Finansieringsstrukturen

Kommunene skal tilrettelegge for og medvirke til forskning for helse- og omsorgstjenester, men er ikke pålagt å finansiere den. Figur 4.2 bekrefter langt på vei at kommunene i liten grad finansierer slik forskning. Det samme gjelder fylkeskommunene. Vi ser at FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i stor grad finansieres av statlige midler. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

er største finansieringskilde. Medregnet midler fra underliggende etater, f.eks. Helsedirektoratet, utgjorde HOD-midlene snaut 30 prosent av den samlede finansieringen. Deretter følger basisfinansiering fra departement eller Norges forskningsråd med om lag en femtedel, som er litt mer enn bidraget Forskningsrådets konkurranseutsatte midler utgjør. Tar vi med øvrig statlig finansiering, dvs. andre departementer enn HOD og deres underliggende etater, har vi gjort rede for nesten 80 prosent av den samlede finansieringen. Den resterende drøye femtedelen består, foruten kommunale og fylkeskommunale midler, av ulike innenlandske, men også enkelte utenlandske kilder. Eksempler er Kreftforeningen, fylkesmannen, KS og EU.

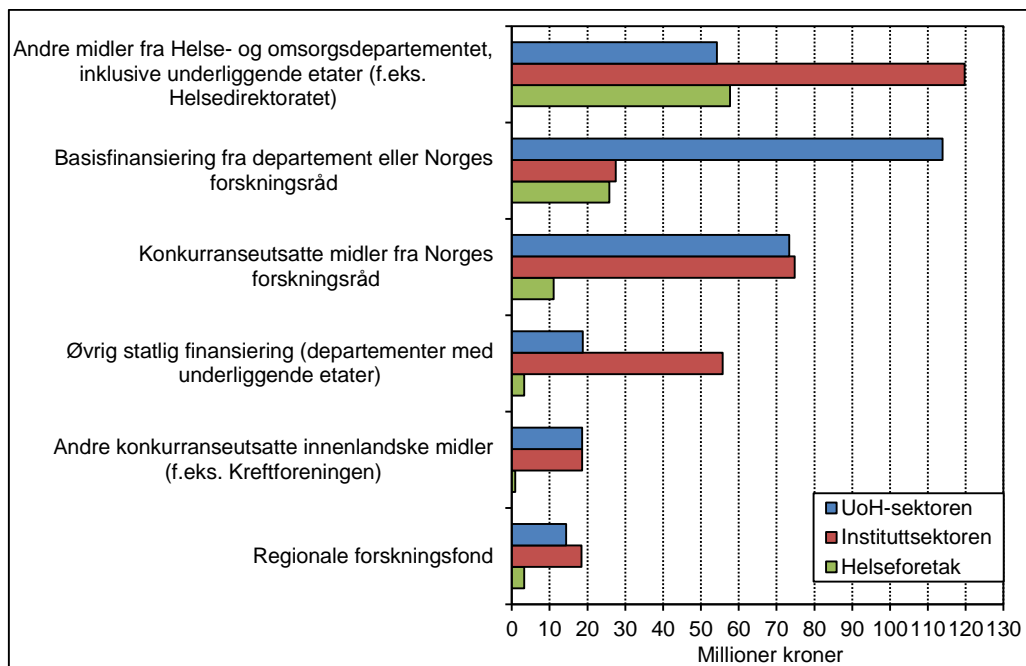


**Figur 4.2 Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter finansieringskilde.<sup>1</sup> Millioner kroner (N=74).**

<sup>1</sup> 4 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt hvordan FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enhetene i 2015 ble finansiert.

Kilde: NIFU

I Figur 4.3 har vi tatt utgangspunkt i de største finansieringskildene i figur 4.2 og sett på forskjeller og likheter med de tre sektorene eller typene av institusjoner. Vi ser da at Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert underliggende etater, er den klart største finansieringskilden for slik forskning i instituttsektoren og for helseforetakene, mens basisfinansiering er største kilde for UoH-sektoren. Konkurranseutsatte forskningsrådsmidler er imidlertid også en betydelig kilde for finansiering av FoU rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, både i instituttsektoren og UoH-sektoren.



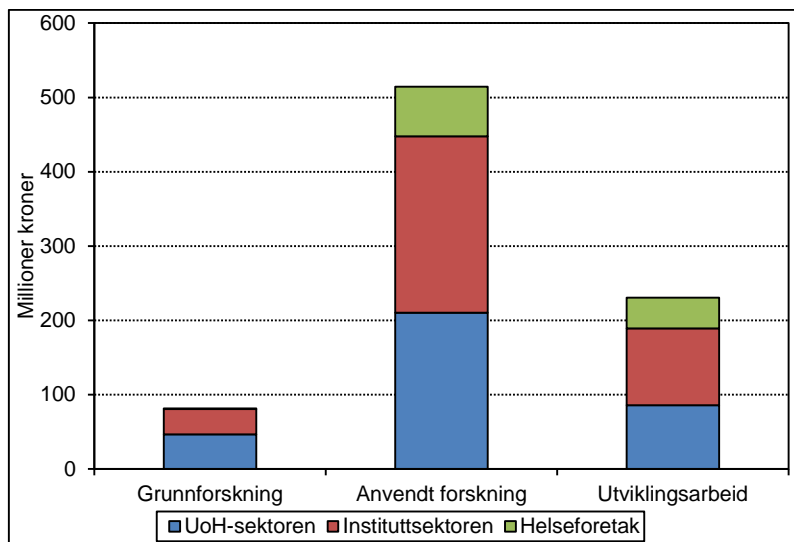
**Figur 4.3 Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter finansieringskilde og sektor.<sup>1</sup> Millioner kroner (N=74).**

<sup>1</sup> 4 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt hvordan FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enhetene i 2015 ble finansiert.

Kilde: NIFU

### 4.3 Type forskningsaktivitet

Kunnskapsløftet for kommunene som blant annet lanseres i HelseOmsorg21-strategien, skal rettes mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er et utpreget anvendt perspektiv. Som det fremgår av figur 4.4 vurderer da også respondentene i undersøkelsen i stor grad at FoU-aktiviteten har et slikt perspektiv. Anvendt forskning utgjorde mer enn 60 prosent av FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingsarbeid, som i noe større grad innebærer at man tar forskningen i bruk for nye formål, utgjorde litt over en fjerdedel. Grunnforskningsandelen ligger på en tiendedel. Mye av grunnforskningen foregår som vi ser, i UoH-sektoren, som står for litt mer slik forskning enn instituttsektoren.

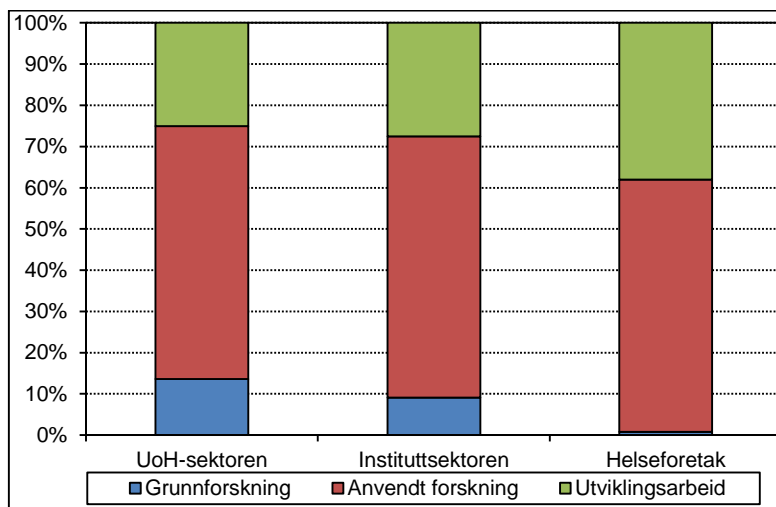


**Figur 4.4 Utgifter FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter sektor og type forskning.<sup>1</sup> Millioner kroner (N=76).**

<sup>1</sup> 2 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt hvordan FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enhetene i 2015 ble fordelt etter type forskning.

Kilde: NIFU

De tre sektorenes eller institusjonsgruppenes FoU-profil er nærmere illustrert i figur 4.5, og det anvendte preget er klart i alle tre. Anvendt forskning står klart sterkest, fulgt av utviklingsarbeid. Klarest vises dette i helseforetakene, mens UoH-sektoren har størst andel grunnforskning.



**Figur 4.5 Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter type forskning og sektor.<sup>1</sup> Prosent (N=76).**

<sup>1</sup> 2 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt hvordan FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enhetene i 2015 ble fordelt etter type forskning.

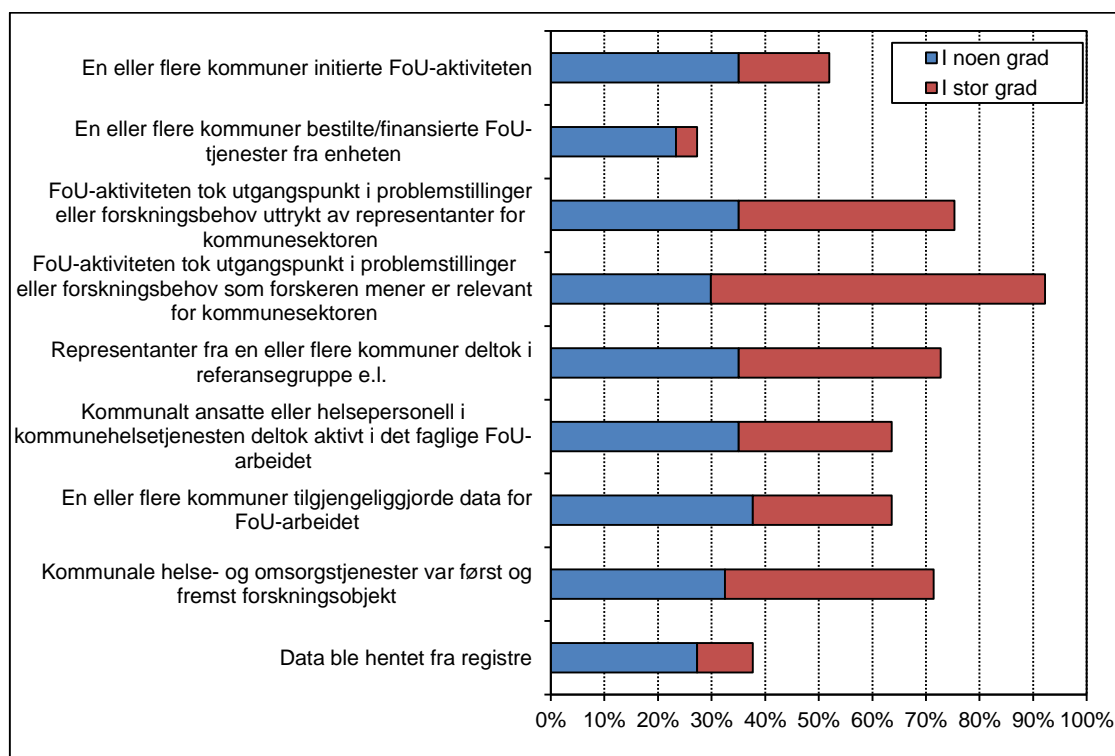
Kilde: NIFU

## 4.4 Kommunal sektors rolle i FoU-aktiviteten

Vi har sett at kommunene i liten grad finansierer FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. De skal imidlertid legge til rette for og medvirke til forskning om tjenestene. Hva

dette innebærer i praksis og hvilken rolle kommunene inntar kan variere. Kommunene kan selv ta initiativ til forskning eller kjøpe FoU. Det kan imidlertid også tenkes mer prosessorienterte opprinnelser for forskningsprosjekter, slik som at representanter fra kommunesektoren peker på problemstilling, uttrykker behov eller på annen måte genererer ideer hos forskere eller forskningsinstitusjoner. Helt i den andre enden av skalaen finner vi kommunen mer som et rent forskningsobjekt, der forskere eller forskningsinstitusjoner selv utformer problemstillinger og først og fremst er ute etter kommunale helse- og omsorgstjenester som et «case» i et forskningsprosjekt, for eksempel med et komparativt perspektiv.

I spørreskjemaet ba vi respondentene ta stilling til hvilken rolle kommunene oppfattes å ha i prosjekter i arbeid i 2015. Vi ser av figur 4.6 at mer enn 90 prosent av respondentene oppgir at FoU-aktiviteten i stor eller noen grad tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov som forskeren mener er relevante for kommunesektoren. Også oppfatningen av at kommunale helse- og omsorgstjenester først og fremst er et forskningsobjekt er relativt utbredt (vel 70 prosent). Det kan indikere at kommunene spiller en lite aktiv rolle. At en fjerdedel oppfatter at kommunene bestilte eller finansierte slik FoU, kan også sies å peke i retning av at kommunale helse- og omsorgstjenester først og fremst er et forskningsobjekt.



**Figur 4.6 Kommunenes rolle i FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andel som vurderte påstandene som i stor eller noen grad dekkende for prosjekter i arbeid i 2015.<sup>1</sup> Prosent (N=77).**

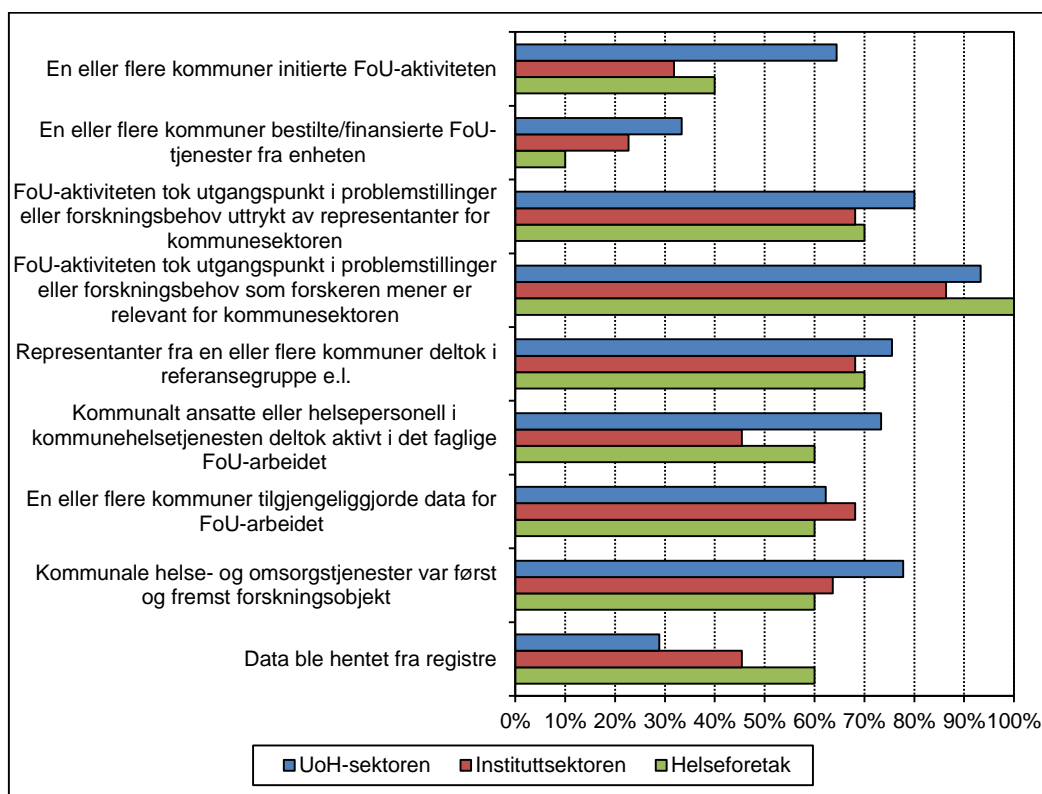
<sup>1</sup> 1 enhet blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt kommunenes rolle i FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enheten i 2015.

Kilde: NIFU

Dette mønsteret bekrefter også mønsteret vi fant i analysen av finansieringsstrukturen foran. Ser vi på intensiteten i oppfatningene er dessuten grunn til å merke seg at relativt få som oppfatter påstanden om at kommunene bestilte eller finansierte FoU som dekkende «i stor grad». Oppfatningen av kommunene som initierende aktører i FoU-aktivitet viser noe av det samme mønsteret.

Det er imidlertid tendenser også i motsatt retning. At mange oppfatter at FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov kan fremstå som noe tvetydig, men det kan være uttrykk for at representanter for kommunene aktivt sår idéer eller opptre sammen med forskere på arenaer der formålet kan være mer eller mindre strategisk eller instrumentelt. Tre fjerdedeler uttrykte at dette i stor eller noen grad var dekkende. Noe lavere var støtten til påstanden om at kommunale representanter deltok i referansegrupper e.l., som innebærer en mer formalisert innspills- eller deltakerrolle. Det er også grunn til å merke seg at mer enn 60 prosent av respondentene oppga at kommunalt ansatte eller helsepersonell deltok aktivt i det faglige FoU-arbeidet.

I figur 4.7 er oppfatningen av kommunenes rolle i arbeidet med FoU fordelt på sektor. Vi ser at respondentene fra UoH-sektoren, i større grad enn de to andre respondentgruppene, vurderer kommunesektoren som forskningsobjekt. Samtidig er det imidlertid en tendens til at disse respondentene i større grad oppfatter kommunenes rolle som mer aktiv enn de øvrige, ved at en større andel oppfatter at kommunene initierte, bestilte eller finansierte FoU-aktivitet og dessuten deltok i referansegrupper og i det faglige FoU-arbeidet. For instituttsektoren er tendensen at kommunene scorer lavere både på en aktiv og en mindre aktiv tilnærming. Hva denne forskjellen skyldes vet vi mindre om.



**Figur 4.7 Kommunenes rolle i FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andel som vurderte påstandene i stor eller noen grad dekkende for prosjekter i arbeid i 2015, etter sektor.<sup>1</sup> Prosent (N=77).**

<sup>1</sup> 1 enhet blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt kommunenes rolle i FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enheten i 2015.

Kilde: NIFU

#### 4.4.1 Formelle og uformelle samarbeidsavtaler

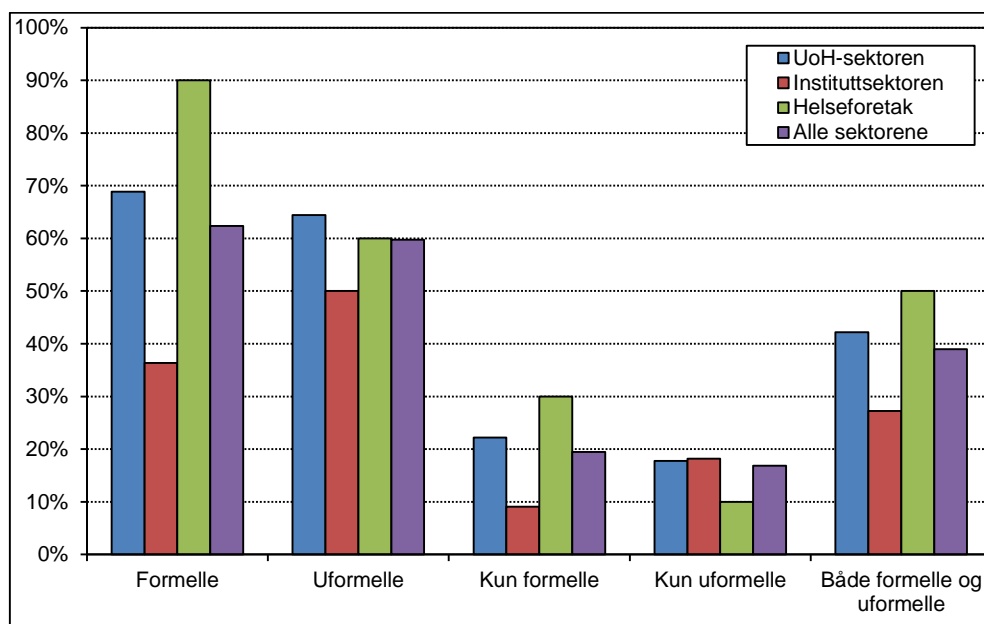
Som vi gjorde rede for i kapittel 2, er ett av virkemidlene for å styrke kunnskap og kompetanse å inngå samarbeidsavtaler med andre institusjoner, også om forskning. Avtaler med regionale helseforetak

eller helseforetak er lovpålagt og skal nevne forskning, mens andre avtaler kan inngås hvis kommunene finner det hensiktsmessig.

Figur 4.8 viser at 90 prosent av helseforetakene oppgir å ha en formell avtale som omfatter FoU med en eller flere kommuner. At 10 prosent ikke oppgir å ha slike formelle avtaler kan henge sammen med at avtalene også kan inngås med regionale helseforetak, som ikke dekkes i denne undersøkelsen. Figuren viser også at nesten 70 prosent av UoH-sektorenhetene har formelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner, mens bare litt over en tredjedel av miljøene i instituttsektoren har det.

Forekomsten av uformelle samarbeidsavtaler (60 prosent) er i gjennomsnitt nesten like stor som av formelle (62 prosent). Her er det mindre forskjeller mellom sektorene, men igjen er forekomsten litt høyere i UoH-sektoren enn i instituttsektoren.

Formelle og uformelle avtaler er naturligvis ikke gjensidig utelukkende virkemidler. Figur 4.8 viser at bare 19 prosent av enhetene i alle de tre sektorene samlet sett, kun har formelle samarbeidsavtaler, mens 17 prosent kun har uformelle samarbeidsavtaler. 39 prosent har både formelle og uformelle samarbeidsavtaler.



**Figur 4.8 Institusjoner/avdelinger som oppgir å formelle og uformelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sektor.<sup>1</sup> Prosent (N=77).**

<sup>1</sup> 1 enhet blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt om enheten har formelle eller uformelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015.

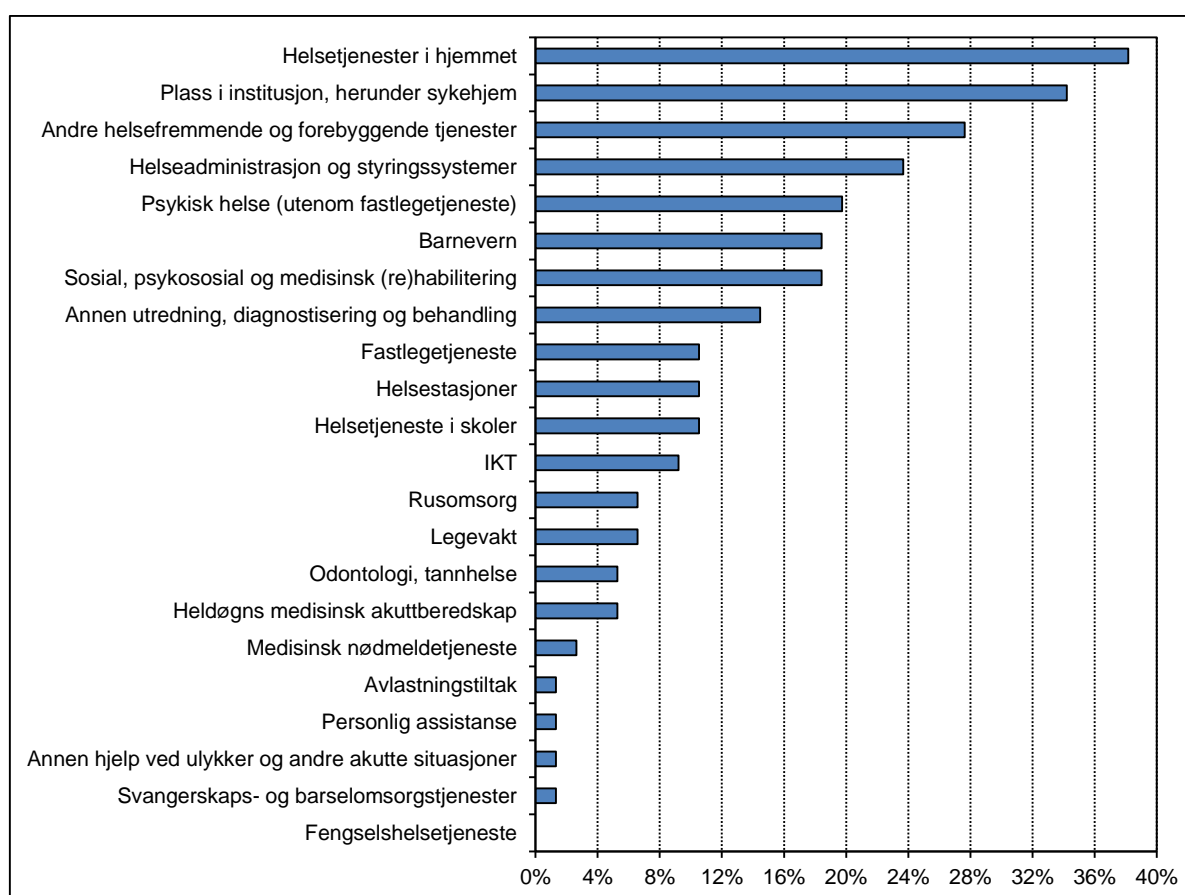
Kilde: NIFU

## 4.5 Områder for FoU-aktiviteten

Kommunale helse- og omsorgstjenester skal dekke mange områder, tjenester, oppgaver og pasient- og brukergrupper. En del av oppgavene er pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven, slik vi har redegjort for i kapittel 2. Loven gir imidlertid minimumskravet. I undersøkelsen har vi tatt med noen flere kategorier, blant annet tannhelsetjenesten, som vurderes samordnet med kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette utgjør også tematisk sett et relativt omfattende og sammensatt felt for FoU-aktivitet.



Figur 4.9 viser innen hvilke områder FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i hovedsak foregikk. Vi ba her respondentene krysse av for inntil tre områder som inngikk i deres FoU-aktivitet i 2015. Flest enheter oppgir at FoU-aktiviteten var relatert til helsetjenester i hjemmet (38 prosent) og plass i institusjon, herunder sykehjem (34 prosent). Dette er tjenester for eldre, syke og uføre og dermed relevante i forhold til utfordringer i kjølvannet av eldrebølgen. Tredje største område var andre helsefremmende og forebyggende tjenester (28 prosent) som er mer overgripende på folkehelsefeltet. Deretter følger helseadministrasjon og styringssystemer, som en snau fjerdedel av respondentene oppga var et sentralt FoU-område. Dette området vil blant annet innbefatte kommunenes forhold til andre deler av helseforvaltningen og dermed være relevant i forbindelse med det videre arbeidet med samhandlingsreformen. På den annen side er det få som oppgir FoU på heldøgns, medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og annen hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner som sentrale temaer. Litt flere peker på fastlegetjeneste og legevaktstjenester som aktuelle forskningstemaer. Samhandling med spesialisthelsetjenesten på disse områdene vil også være viktige komponenter i forbindelse med nevnte reform. Svært få enheter oppgir områder som personlig assistanse og avlastningstiltak, som er viktige for uføre brukergrupper.



**Figur 4.9 FoU-aktiviteten ved institusjonene/avdelingene rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015 etter hovedtjenesteområde (N=76).<sup>1</sup>**

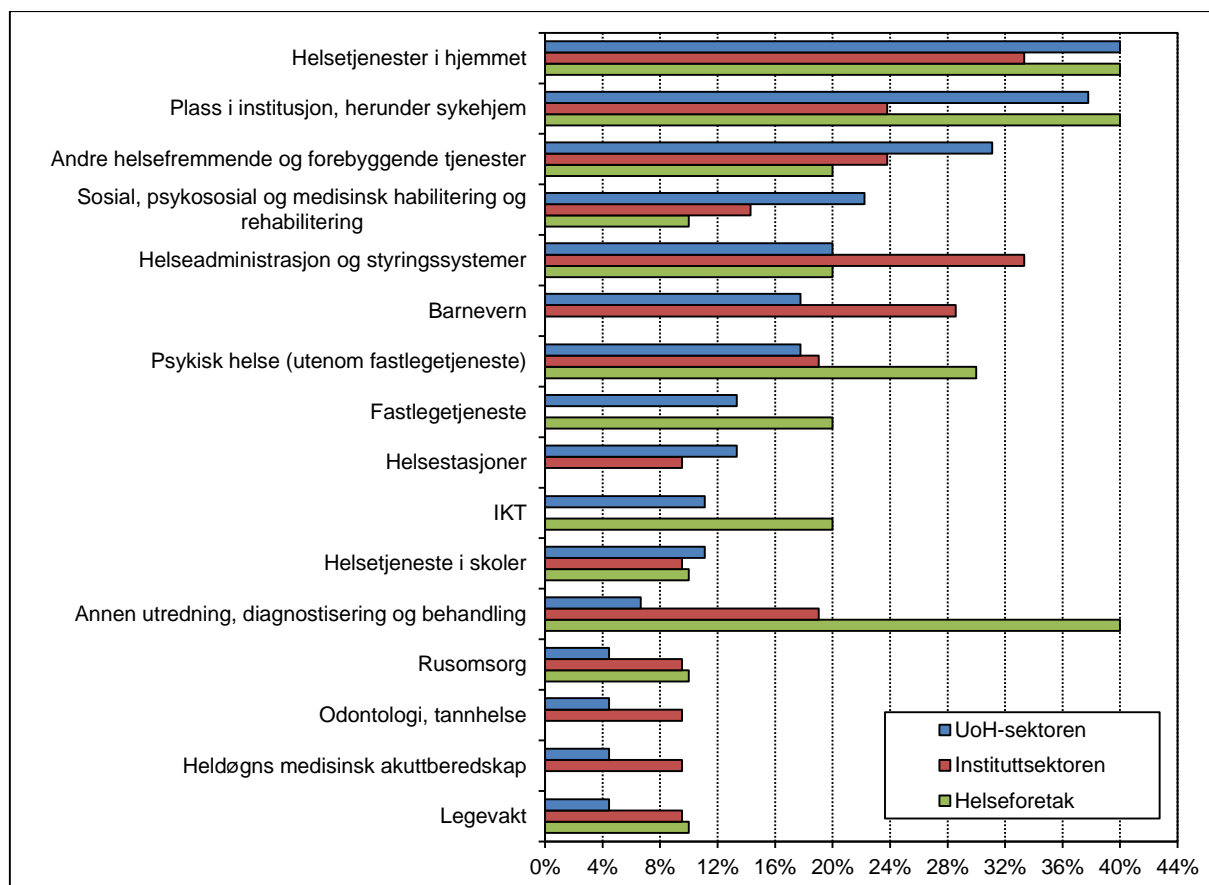
<sup>1</sup> 2 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt hvilke områder FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enhetene i 2015 i hovedsak foregikk.

Kilde: NIFU

I figur 4.10 har vi utelatt de områdene i figur 4.9, som færrest enheter har oppgitt. Figuren viser en del forskjeller mellom sektorene. Ikke overraskende oppgir en betydelig større del av helseforetakene enn de andre at annen utredning, diagnostisering og behandling er et viktig FoU-område. Sammen med

helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon (herunder sykehjem) er dette områdene flest helseforetak har oppgitt. Det fjerde største temaet er psykisk helsevern utenom fastlegetjenesten.

I UoH-sektoren er hjemme- og sykehjemstjenester de temaene som oppgis av flest respondenter, men også andre helsefremmende tiltak mv. peker seg ut. Blant enhetene i instituttsektoren er det flest som oppgir helsetjenester i hjemmet som sentralt forskningstema, ved siden av helseadministrasjon og styringssystemer. Barnevern er temaet som får tredje største oppslutning blant enhetene i instituttsektoren.



**Figur 4.10 FoU-aktiviteten som ble oppgitt av institusjonene/avdelingene å være rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015 etter hovedtjenesteområde og sektor (N=76).<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> 2 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt hvilke områder FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved enhetene i 2015 i hovedsak foregikk.

Kilde: NIFU

## 4.6 Kort om forholdet mellom ressurser og resultater

Vi så i kapittel 3 at det samlet ble publisert vel 1000 vitenskapelige artikler knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i perioden 2005-2014, og at det årlige publikasjonsantallet økte fra om lag 50 til om lag 200 i løpet av denne perioden. I kapittel 4 har vi beregnet at en ressursinnsats på vel 800 millioner kroner, Sammenholdt med publiseringsutbyttet, kan ressursinnsatsen til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester virke lavt. Her er det imidlertid enkelte forhold som bør tas i betraktning. For det første omfatter ressurstallet både forskning og utviklingsarbeid. Mens vitenskapelig publisering kan sies å være et forventet resultat av forskning, er ikke forventningen den samme når det gjelder utviklingsarbeid som utgjorde en drøy fjerdedel av den samlede ressursinnsatsen. Dessuten kan det tenkes at noe av den anvendte forskningen rettet mot praktiske

forhold knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester formidles gjennom ikke-vitenskapelige kanaler.

For det andre er det ikke sikkert av vi gjennom uttrekksmetoden for vitenskapelige artikler klarer å fange opp alle forskningsbidrag som dekkes av ressursanalysen. Det har sammenheng med det vi innledningsvis i rapporten omtalte som det «kommunale laboratorium», det vil si at forskningen har andre primære formål enn å si noe spesifikt om kommunale helse- og omsorgstjenester. At kommunale helse- og omsorgstjenester inngår som case eller studieobjekt behøver ikke å innebære at dette fremgår av tittelen eller engang «abstract» for artikkelen. Bevisstheten rundt slike, kontekstuelle forhold vil ikke nødvendigvis være fremtredende i publiseringsfasen. Dette kan også sies å være konsistent med tendensen i spørreskjemaundersøkelsen; det at kommunene ikke synes veldig aktive hverken som initiativtakere, finansieringskilder eller deltakere i forskningen. Ikke desto mindre vil forskningsaktiviteten og ressursene som lå til grunn for publiseringen kunne ses som relevant for og dermed attribueres til kommunesektoren når man ser den fra en annen innfallsvinkel, nemlig med utgangspunkt i organiseringen av forskningsmiljøene og deres hovedinnretning av kompetanse og forskningsfelt.

Slike forhold og metodiske forutsetninger som vi har gjort rede for i kapittel 1, må tas i betraktning når forholdet mellom ressursbruken og resultatene vurderes.

## 5 Forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra den delen av spørreundersøkelsen som berører forskningsbaserte innovasjoner knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. På samme måte som i det foregående kapitlet er analysen basert på svar fra de 78 enhetene som oppga å ha FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.<sup>17</sup>

### 5.1 Enhetenes bidrag på ulike innovasjonstyper

Figur 5.1 viser fordelingen på tre hovedtyper av innovasjoner, dvs. produktinnovasjon, prosessinnovasjon og organisasjonsinnovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015. Flest enheter oppga å ha introdusert eller bidratt til å introdusere prosessinnovasjon (42 prosent). En tredjedel oppga å ha introdusert eller bidratt til å introdusere organisasjonsinnovasjon, mens tilsvarende andel for produktinnovasjon var en fjerdedel.

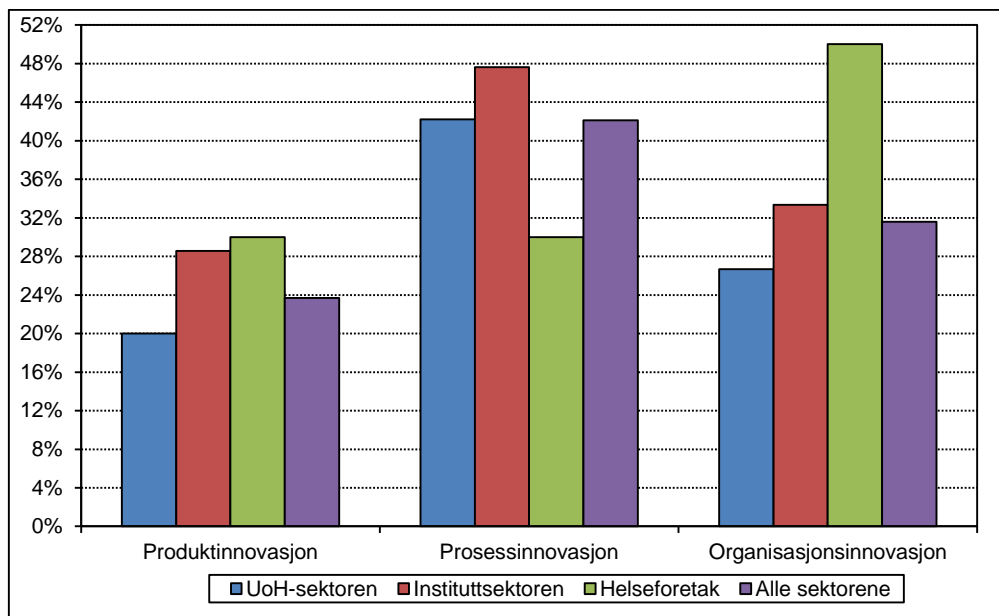
Disse resultatene avviker en del fra mønsteret vi finner i SSBs innovasjonsundersøkelse for næringslivet. I SSB-undersøkelsen er markedsinnovasjon tatt med i tillegg til de tre innovasjonskategoriene vi har konsentrert oss om i den foreliggende spørreundersøkelsen. Innovasjonsundersøkelsen for perioden 2012-2014 viser at for næringslivet sett under ett er alle de fire typene innovasjoner omtrent like vanlige. 27 prosent av foretakene introduserte produktinnovasjoner, mens 24 prosent tok i bruk prosessinnovasjoner. For organisasjons- og markedsinnovasjon er tallene henholdsvis 25 og 29 prosent.<sup>18</sup>

Figuren viser dessuten store forskjeller mellom sektorene når det gjelder arbeidet med innovasjoner knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Henholdsvis 48 og 42 prosent av respondentene i instituttsektoren og UoH-sektoren, oppga å ha introdusert eller bidratt til å introdusere prosessinnovasjon. Produktinnovasjon som er det minst vanlige blant de institusjoner og avdelinger vi har undersøkt, er mer utbredt i helseforetakene og instituttsektoren enn i UoH-sektoren. Den kanskje mest iøynefallende forskjellen mellom sektorene finner vi imidlertid for organisasjonsinnovasjon. Halvparten av respondentene fra helseforetakene oppga å ha bidratt til slik innovasjon, mot en tredjedel i instituttsektoren og en fjerdedel i UoH-sektoren.

---

<sup>17</sup> Se innledningen til kapittel 4.

<sup>18</sup> Se SSBs nettside <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikker/innov/hvert-2-aar/2015-06-09>.



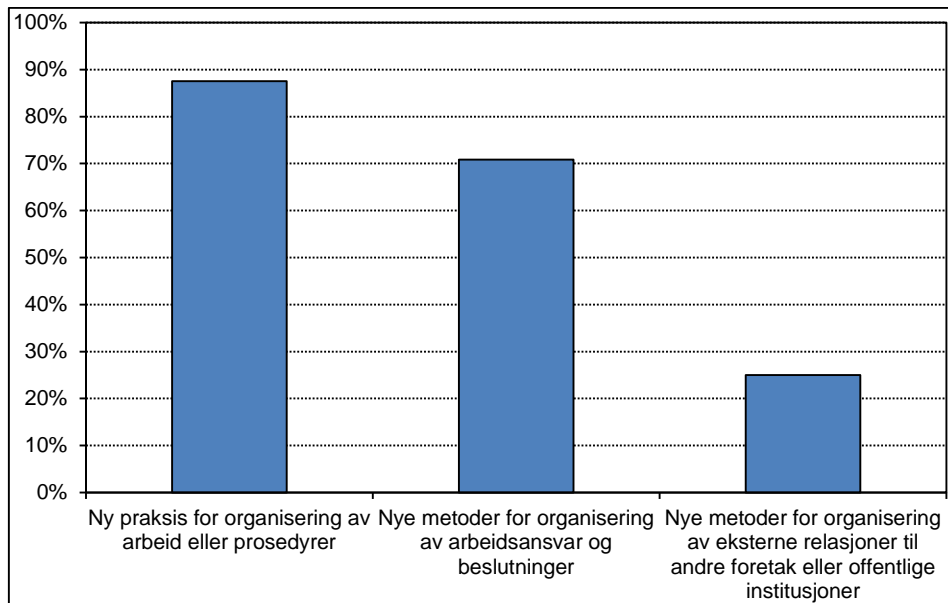
**Figur 5.1 Andel av institusjonene/avdelingene som oppgir å ha introdusert eller bidratt til å introdusere forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter type innovasjon og sektor.<sup>1</sup> Prosent (N=76).**

<sup>1</sup> 2 enheter blant dem som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015, har ikke oppgitt om enhetene har introdusert eller bidratt til å introdusere forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015.

Kilde: NIFU

Figur 5.2 er begrenset til organisasjonsinnovasjon og de enhetene som oppga å ha introdusert eller bidratt til å introdusere slike innovasjoner knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Figuren utdyper hva slags innovasjon det er snakk om. Nesten 90 prosent oppga at den forskningsbaserte organisasjonsinnovasjonen innebar ny praksis for organisering av arbeid eller prosedyrer, for eksempel styring av forsyningskjeder, prosessomlegging eller -optimalisering, kvalitetsstyring og opplæringsystemer. Noe færre (71 prosent) oppga at den forskningsbaserte organisasjonsinnovasjonen innebar introduksjon av nye metoder for organisering av arbeidsansvar og beslutninger, for eksempel førstegangsbruk av nye systemer for delegering av ansvar og beslutninger til ansatte, teamarbeid, desentralisering, integrering eller oppsplitting av avdelinger, opplæringsystemer. Bare en fjerdedel av respondentene oppga at den forskningsbaserte organisasjonsinnovasjonen innebar nye metoder for organisering av eksterne relasjoner til andre foretak eller offentlige institusjoner, som f.eks. bruk av allianser, partnerskap, utskilling av aktiviteter, bortsetting (outsourcing), underkontrahering (sub-contracting) for første gang.

Innovasjonsaktiviteten synes med andre ord i stor grad å være konsentrert om interne forhold. Dette dekker riktignok et bredt spekter av aktiviteter, fra konkrete endringer av rutiner og arbeidsprosedyrer til mer overordnede organisatoriske endringer. Forholdet til eksterne aktører synes mindre fremtredende. Foruten mer forretningsmessige forhold som kjøp av tjenester fra underleverandører, vil dette også dekke forholdet mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, som er sentrale temaer i arbeidet med samhandlingsreformen og også i HelseOmsorg21-strategien.



**Figur 5.2 Andel av institusjonene/avdelingene som oppgir å ha introdusert eller bidratt til å introdusere forskningsbasert organisasjonsinnovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter type organisasjonsinnovasjon. Prosent (N=24).**

Kilde: NIFU

## 5.2 Patenter og TTO/kommersialiseringsenheter

Patenter og patentsøknader brukes ofte som indikatorer på innovasjonsaktivitet. Det samme gjelder varsler sendt til kommersialiseringsenhet eller TTO<sup>19</sup>. Vi stilte noen spørsmål om hvorvidt enhetene hadde søkt om å få eller fått innvilget patenter, eller hadde sendt varsel om slikt til et TTO.

Datamaterialet viser liten slik aktivitet blant de enhetene vi har spurt. Ingen av de 78 enhetene oppga å ha sendt inn patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015. Derimot oppga én enhet å ha fått godkjent patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015. Kun 3 enheter oppga å ha sendt varsler med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester til en kommersialiseringsenhet eller TTO i 2015.

<sup>19</sup> Technology Transfer Office.

## 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. Forsking og innovasjons i helse og omsorg (2015-2018).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) Lov-2011-06-24-30.
- Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 14 (2014-2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2016-2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), Helse- og omsorgsdepartementet.
- 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).
- Sundnes, Susanne L., Hebe Gunnes, Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen (2015): *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistiske data*, NIFU Rapport 25/2015.
- Thorstensen, Reidar, Sabrina Johannessen, Bernt Olav Økland (Haukeland universitetssykehus), Dag W. Aksnes, Anne Asserson og Susanne Mikki (Universitetet i Bergen) (2014) «*Felles forskningsarena 2014 – Vitenskapelig publisering i perioden 2010-2013 ved Haukeland universitetssykehus og det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen*», KKF Forskningsrapport 2014-02.
- Universitets- og høgskolerådet UHR (2014): *Vekt på forskning*.

## Vedlegg 1: Enheter som inngår i surveyen

Nettoutvalget omfatter følgende 98 institusjoner/avdelinger som er dekket i FoU-statistikken for 2015:

### UoH-sektoren (56 enheter)

1. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)
2. Avdeling for folkehelsefag, Høgskolen i Hedmark (HIHM)
3. Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Østfold (HIOF)
4. Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde (HiMolde)
5. Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, NTNU
6. Avdeling for helsefag, Nord universitet
7. Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund (HSH)
8. Avdeling for helsefag, Høgskolen i Sogn og Fjordane (HISF)
9. Avdeling for helsefag, NTNU
10. Fakultet for helse- og sosialvitenskap, NTNU
11. Haraldsplass diakonale høgskole
12. HEMIL-senteret
13. Institutt for barnevern og sosialt arbeid, Universitetet i Tromsø (UiT)
14. Institutt for folkehelse, idrett og ernæring, Universitetet i Agder (UiA)
15. Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA)
16. Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen (UiB)
17. Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø (UiT)
18. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO)
19. Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark (HiT)
20. Institutt for helsefremmende arbeid, Høgskolen i Sørøst-Norge (HBV)
21. Institutt for informatikk, Universitetet i Oslo (UiO)
22. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo (UiO)
23. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø (UiT)
24. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen (UiB)
25. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Tromsø (UiT)
26. Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, NTNU
27. Institutt for medisinsk biologi, Universitetet i Tromsø (UiT)
28. Institutt for natur-, helse- og miljøvern, Høgskolen i Telemark (HiT)
29. Institutt for naturvitenskapelige helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA)
30. Institutt for pedagogikk, Universitetet i Bergen (UiB)
31. Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø (UiT)
32. Institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder (UiA)
33. Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
34. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø (UiT)
35. Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU
36. Institutt for sosialfag, Høgskolen i Telemark (HiT)
37. Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger (UiS)
38. Institutt for sosialt arbeid og familietterapi, Diakonhjemmet (nå VID vitenskapelige høgskole)
39. Institutt for sykepleie, Nord universitetet
40. Institutt for sykepleievitenskap Drammen, Høgskolen i Sørøst-Norge (HBV)
41. Institutt for sykepleievitenskap Vestfold, Høgskolen i Sørøst-Norge (HBV)
42. Institutt for vernepleie og ergoterapi, Diakonhjemmet (nå VID vitenskapelige høgskole)
43. Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen (UiB)
44. Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen (UiB)
45. Lovisenberg diakonale høgskole (LDH)



46. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
47. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo (UiO)
48. Psykologisk institutt, NTNU
49. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, NTNU
50. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord, Universitetet i Tromsø (UiT)
51. Seksjon for fysisk prestasjonsevne, Norges idrettshøgskole (NIH)
52. Seksjon for kroppsøving og pedagogikk, Norges idrettshøgskole (NIH)
53. Senter for diakoni og profesjonell praksis, Diakonhjemmet (VID vitenskapelige høgskole)
54. Senter for omsorgsforskning – Sør, Universitetet i Agder (UiA)
55. Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, Nord universitet
56. Senter for omsorgsforskning Østlandet, NTNU

### **Instituttsektoren (20 enheter)**

57. Institutt for samfunnsforskning (ISF)
58. IRIS – Samfunns- og næringsutvikling
59. Møreforskning
60. Nasjonalt folkehelseinstitutt
61. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
62. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
63. By- og regionforskningsinstituttet NIBR
64. Nordic Institute of Dental Materials (NIOM)
65. Nordlandsforskning
66. Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis
67. NORUT Samfunn
68. NTNU Samfunnsforskning AS
69. Samfunns- og Næringslivsforskning AS
70. SINTEF
71. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)
72. Statistisk sentralbyrå (SSB)
73. Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning
74. Stiftelsen Norsk Luftambulans
75. Uni Research Helse
76. Uni Research Rokkansenteret

### **Helseforetak (22 enheter)**

77. Akershus universitetssykehus HF
78. Diakonhjemmet sykehus AS
79. Finnmarkssykehuset HF
80. Haraldsplass Diagonale Sykehus
81. Helgelandssykehuset HF
82. Helse Bergen HF
83. Helse Fonna HF
84. Helse Førde HF
85. Helse Møre og Romsdal HF
86. Helse Nord-Trøndelag HF
87. Helse Stavanger HF
88. Lovisenberg Diagonale Sykehus AS
89. Nordlandssykehuset HF
90. Oslo universitetssykehus
91. Rehabiliteringssenteret AiR

92. St. Olavs Hospital HF
93. Sunnaas sykehus HF
94. Sykehuset Telemark HF
95. Sykehuset Vestfold HF
96. Sykehuset Østfold HF
97. Sørlandet Sykehus HF
98. Vestre Viken HF

Følgende 12 institusjoner/avdelinger som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015 inngår i nettoutvalget:

1. KoRus Oslo
2. KoRus Sør – Borgestadklinikken
3. KoRus Vest-Bergen – Stiftelsen Bergensklinikkene
4. KoRus Vest-Stavanger
5. PRO-senteret
6. Senter for krisepsykologi AS
7. RVTS-Sør
8. RVTS-Øst
9. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (TkS)
10. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (TkVest) – Hordaland
11. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)
12. Volvat medisinske senter

## Vedlegg 2: Spørreskjema til enheter som er dekket i FoU-statistikken

### Kommunale helse- og omsorgstjenester

#### Kontaktopplysninger

Før vi starter med å stille deg spørsmål om forskning og utviklingsarbeid (FoU) og forskningsbasert innovasjon, ser vi gjerne at du oppgir kontaktopplysninger.

Hensikten med dette er at vi kan kontakte deg hvis vi trenger ytterligere opplysninger eller oppklaringsspørsmål vedrørende dine svar.

Svarene fra hver institusjon/avdeling vil utelukkende bli brukt til statistiske formål, og vil ikke under noen omstendighet bli videreformidlet til oppdragsgiver eller andre. Ingen resultater som presenteres i publikasjoner fra dette prosjektet vil kunne spores tilbake til en enkelt institusjon/avdeling.

#### 1. Vennligst oppgi kontaktopplysninger.

Institusjon/avdeling	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Stilling	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-post	<input type="text"/>

Start

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

### Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Vi skal først stille noen spørsmål om din institusjon/avdeling har FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunale tjenester omfatter tjenester fra kommuner og fylkeskommuner.

FoU-aktiviteten kan være utført på oppdrag av, initiert av eller utført i samarbeid med en eller flere kommuner. Det kan også være FoU om eller for kommunale helse- og omsorgstjenester, uten at aktiviteten er initiert av, finansiert av eller involverer kommuner eller fylkeskommuner.

Ta utgangspunkt i tallene din institusjon/avdeling innrapporterte til den nasjonale FoU-statistikken for 2015, og besvar spørsmålene etter beste skjønn.

### 2. Deltok vitenskapelig personale ved din institusjon/avdeling i FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

### 3. Hvor stor andel (%) av den totale FoU-aktiviteten ved din institusjon/avdeling i 2015 anslås å være rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester?

%

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

4. Anslå etter beste skjønn hvordan FoU-aktiviteten rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved din institusjon/avdeling i 2015 ble finansiert (%).

Totalt skal summere seg til 100%.

	Finansiering av FoU (%)
Konkurransutsatte midler fra Norges forskningsråd	<input type="text"/>
Basisfinansiering fra departement eller Norges forskningsråd	<input type="text"/>
Andre midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, inklusive underliggende etater (f.eks. Helsedirektoratet)	<input type="text"/>
Andre midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, inklusive underliggende etater	<input type="text"/>
Øvrig statlig finansiering (departementer med underliggende etater)	<input type="text"/>
Kommuner	<input type="text"/>
Fylkeskommuner	<input type="text"/>
Fylkesmannen (f.eks. fylkeslegen)	<input type="text"/>
Regionale forskningsfond	<input type="text"/>
KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon)	<input type="text"/>
Næringslivet	<input type="text"/>
Andre konkurranseutsatte innenlandske midler (f.eks. Kreftforeningen)	<input type="text"/>
Andre innenlandske kilder (gaver, salgsinntekter, ideelle foreninger, stiftelser)	<input type="text"/>
EU (Den europeiske union)	<input type="text"/>
Andre utenlandske kilder	<input type="text"/>
Totalt	<input type="text" value="0"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

5. Fordel etter beste skjønn den delen av FoU-aktiviteten ved din institusjon/avdeling i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester (%) på følgende kategorier (se webside for definisjoner).

Sum FoU skal summere seg til 100%.

	Prosent
Grunnforskning	<input type="text"/>
Anvendt forskning	<input type="text"/>
Utviklingsarbeid	<input type="text"/>
Sum FoU	0

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

6. Hvilken rolle hadde kommunal sektor i den delen av FoU-aktivitet ved din institusjon/avdeling i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester?

Angi i hvilken grad følgende påstander er dekkende for prosjekter under arbeid i 2015:

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
En eller flere kommuner initierte FoU-aktiviteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En eller flere kommuner bestilte/finansierte FoU-tjenester fra enheten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov uttrykt av representanter for kommunesektoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov som forskeren mener er relevant for kommunesektoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Representanter fra en eller flere kommuner deltok i referansegruppe e.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunalt ansatte eller helsepersonell i kommunehelsetjenesten deltok aktivt i det faglige FoU-arbeidet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En eller flere kommuner tilgjengeliggjorde data for FoU-arbeidet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunale helse- og omsorgstjenester var først og fremst forskningsobjekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Data ble hentet fra registre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

7. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) formelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

8. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) uformelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Tilbake

Neste



## Kommunale helse- og omsorgstjenester

9. Innen hvilke områder foregikk i hovedsak den delen av FoU-aktiviteten ved din institusjon/avdeling i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester?

Kryss av inntil 3 områder.

- Helsetjeneste i skoler
- Helsestasjoner
- Andre helsefremmende og forebyggende tjenester
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester utenom legetjenester (jordmortjeneste)
- Legevakt
- Heldøgns medisinsk akuttberedskap
- Medisinsk nødmeldetjeneste
- Annen hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner
- Fastlegetjeneste
- Annen utredning, diagnostisering og behandling
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Helsetjenester i hjemmet
- Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- Plass i institusjon, herunder sykehjem
- Avlastningstiltak (herunder daghjems plass på sykehjem)
- Odontologi, tannhelse
- Psykisk helse (utenom fastlegetjeneste)
- Rusomsorg
- Fængselshelsetjeneste
- Barnevern
- Helseadministrasjon og styringssystemer
- IKT

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

### Innovasjon

Vi skal så stille noen spørsmål om din institusjon/avdeling introduserte eller bidro til å introdusere forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015.

10. Introduserte eller bidro din institusjon/avdeling til å introdusere noen av disse typene forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

	Ja	Nei
Produktinnovasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prosessinnovasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisasjonsinnovasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

11. Du har svart at din institusjon/avdeling introduserte eller bidro til å introdusere forskningsbasert organisasjonsinnovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015. Innebar dette:

	Ja	Nei
Ny praksis for organisering av arbeid eller prosedyrer (f.eks. styring av forsyningskjeder, prosessomlegging eller -optimalisering, kvalitetsstyring, opplæringsystemer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye metoder for organisering av arbeidsansvar og beslutninger (f.eks. førstegangsbruk av nye systemer for delegering av ansvar og beslutninger til ansatte, teamarbeid, desentralisering, integrering eller oppsplitting av avdelinger, opplæringsystemer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye metoder for organisering av eksterne relasjoner til andre foretak eller offentlige institusjoner som f.eks. bruk av allianser, partnerskap, utskilling av aktiviteter, bortsetting (outsourcing), underkontrahering (sub-contracting) for første gang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

12. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) sendt inn patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

13. Hvor mange patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) sendt inn i 2015?

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

14. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) fått godkjent patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

15. Hvor mange patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) fått godkjent i 2015?

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

16. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) sendt varsler til en TTO/kommersialiseringsenhet med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

17. Oppgi antall varsler med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester som din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) fikk avvist av TTO kommersialiseringsenheten og som ble utredet videre av TTO kommersialiseringsenheten:

Avvist av TTO kommersialiseringsenheten	<input type="text"/>
Utredet videre av TTO kommersialiseringsenheten	<input type="text"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

18. Mange takk for hjelpen!

Har du tilbakemeldinger til oss eller noe du ønsker å meddele?

Tilbake

Avslutt

## Vedlegg 3: Spørreskjema til enheter som ikke er dekket i FoU-statistikken

### Kommunale helse- og omsorgstjenester

#### Kontaktopplysninger

Før vi starter med å stille deg spørsmål om forskning og utviklingsarbeid (FoU) og forskningsbasert innovasjon, ser vi gjerne at du oppgir kontaktopplysninger.

Hensikten med dette er at vi kan kontakte deg hvis vi trenger ytterligere opplysninger eller oppklaringsspørsmål vedrørende dine svar.

Svarene fra hver institusjon/avdeling vil utelukkende bli brukt til statistiske formål, og vil ikke under noen omstendighet bli videreformidlet til oppdragsgiver eller andre. Ingen resultater som presenteres i publikasjoner fra dette prosjektet vil kunne spores tilbake til en enkelt institusjon/avdeling.

#### 1. Vennligst oppgi kontaktopplysninger.

Institusjon/avdeling	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Stilling	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-post	<input type="text"/>

Start

### Kommunale helse- og omsorgstjenester

#### Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Vi skal først stille noen spørsmål om din institusjon/avdeling har FoU-aktivitet.

#### 2. Ble det utført forskning og utviklingsarbeid (FoU) ved din institusjon/avdeling i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

3. Vi ber om at det etter beste skjønn oppgis hovedtall for personale ved din institusjon/avdeling i 2015.

Personale i 2015	Antall personer
Totalt antall ansatte	<input type="text"/>
Herav antall personer i faste, vitenskapelige stillinger	<input type="text"/>
Herav antall personer med doktorgrad	<input type="text"/>
Herav antall personer i rekrutteringsstillinger	<input type="text"/>
Herav antall annet personale (støttepersonale, teknikere o.l.)	<input type="text"/>
Herav antall menn	<input type="text"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi skal så stille noen spørsmål om din institusjon/avdeling har FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunale tjenester omfatter tjenester fra kommuner og fylkeskommuner.

FoU-aktiviteten kan være utført på oppdrag av, initiert av eller utført i samarbeid med en eller flere kommuner. Det kan også være FoU om eller for kommunale helse- og omsorgstjenester, uten at aktiviteten er initiert av, finansiert av eller involverer kommuner eller fylkeskommuner.

4. Ble det utført FoU-aktivitet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved din institusjon/avdeling i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

5. Vi ber om at det etter beste skjønn oppgis antall FoU-årsverk som personale ved din institusjon/avdeling utførte i 2015.

FoU-årsverk i 2015	Antall FoU-årsverk totalt	Antall FoU-årsverk rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester
FoU-årsverk utført av forskere og annet faglig personale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FoU-årsverk utført av annet personale (støttepersonale, teknikere o.l.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sum FoU-årsverk	0	0

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

6. Vi ber om at det etter beste skjønn oppgis utgifter som personale ved din institusjon/avdeling utførte i 2015.

Utgifter i 2015	1000 kr
Totale utgifter til både FoU og annen aktivitet	<input type="text"/>
Herav utgifter til FoU totalt	<input type="text"/>
Herav utgifter til FoU rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester	<input type="text"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

### 7. Hvordan ble FoU-aktiviteten finansiert ved din institusjon/avdeling i 2015?

Anslå etter beste skjønn hvordan den totale FoU-aktiviteten og den delen av FoU-aktiviteten som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester ved din institusjon/avdeling i 2015 ble finansiert (%).

Totalt skal summere seg til 100%.

	Finansiering av total FoU (%)	Finansiering av FoU rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester (%)
Konkurransutsatte midler fra Norges forskningsråd	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Basisfinansiering fra departement eller Norges forskningsråd	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, inklusive underliggende etater (f.eks. Helsedirektoratet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, inklusive underliggende etater	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Øvrig statlig finansiering (departementer med underliggende etater)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommuner	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fylkeskommuner	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fylkesmannen (f.eks. fylkeslegen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regionale forskningsfond	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Næringslivet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre konkurranseutsatte innenlandske midler (f.eks. Kreftforeningen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre innenlandske kilder (gaver, salgsinntekter, ideelle foreninger, stiftelser)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EU (Den europeiske union)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre utenlandske kilder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totalt	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

Tilbake

Neste



## Kommunale helse- og omsorgstjenester

8. Fordel etter beste skjønn den delen av FoU-aktiviteten ved din institusjon/avdeling i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester (%) på følgende kategorier (se webside for definisjoner).

Sum FoU skal summere seg til 100%.

	Prosent
Grunnforskning	<input type="text"/>
Anvendt forskning	<input type="text"/>
Utviklingsarbeid	<input type="text"/>
Sum FoU	0

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

9. Hvilken rolle hadde kommunal sektor i den delen av FoU-aktivitet ved din institusjon/avdeling i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester?

Angi i hvilken grad følgende påstander er dekkende for prosjekter under arbeid i 2015:

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
En eller flere kommuner initierte FoU-aktiviteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En eller flere kommuner bestilte/finansierte FoU-tjenester fra enheten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov uttrykt av representanter for kommunesektoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov som forskeren mener er relevant for kommunesektoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Representanter fra en eller flere kommuner deltok i referansegruppe e.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunalt ansatte eller helsepersonell i kommunehelsetjenesten deltok aktivt i det faglige FoU-arbeidet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En eller flere kommuner tilgjengeliggjorde data for FoU-arbeidet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunale helse- og omsorgstjenester var først og fremst forskningsobjekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Data ble hentet fra registre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

10. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) formelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

11. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) uformelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

12. Innen hvilke områder foregikk i hovedsak den delen av FoU-aktiviteten ved din institusjon/avdeling i 2015 som var rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester?

Kryss av inntil 3 områder.

- Helsetjeneste i skoler
- Helsestasjoner
- Andre helsefremmende og forebyggende tjenester
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester utenom legetjenester (jordmortjeneste)
- Legevakt
- Heldøgns medisinsk akuttberedskap
- Medisinsk nødmeldetjeneste
- Annen hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner
- Fastlegetjeneste
- Annen utredning, diagnostisering og behandling
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Helsetjenester i hjemmet
- Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- Plass i institusjon, herunder sykehjem
- Avlastningstiltak (herunder daghjems plass på sykehjem)
- Odontologi, tannhelse
- Psykisk helse (utenom fastlegetjeneste)
- Rusomsorg
- Fengselshelsetjeneste
- Barnevern
- Helseadministrasjon og styringssystemer
- IKT

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

### Innovasjon

Vi skal så stille noen spørsmål om din institusjon/avdeling introduserte eller bidro til å introdusere forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015.

13. Introduserte eller bidro din institusjon/avdeling til å introdusere noen av disse typene forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

	Ja	Nei
Produktinnovasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prosessinnovasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisasjonsinnovasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

14. Du har svart at din institusjon/avdeling introduserte eller bidro til å introdusere forskningsbasert organisasjonsinnovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015. Innebar dette:

	Ja	Nei
Ny praksis for organisering av arbeid eller prosedyrer (f.eks. styring av forsyningskjeder, prosessomlegging eller -optimalisering, kvalitetsstyring, opplæringsystemer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye metoder for organisering av arbeidsansvar og beslutninger (f.eks. førstegangsbruk av nye systemer for delegering av ansvar og beslutninger til ansatte, teamarbeid, desentralisering, integrering eller oppsplitting av avdelinger, opplæringsystemer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye metoder for organisering av eksterne relasjoner til andre foretak eller offentlige institusjoner som f.eks. bruk av allianser, partnerskap, utskilling av aktiviteter, bortsetting (outsourcing), underkontrahering (sub-contracting) for første gang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

15. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) sendt inn patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

16. Hvor mange patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) sendt inn i 2015?

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

17. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) fått godkjent patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

18. Hvor mange patentsøknader med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) fått godkjent i 2015?

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

19. Har din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) sendt varsler til en TTO/kommersialiseringsenhet med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015?

- Ja  
 Nei

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

20. Oppgi antall varsler med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester som din institusjon/avdeling (eller vertsinstitusjonen) fikk avvist av TTO kommersialiseringsenheten og som ble utredet videre av TTO kommersialiseringsenheten:

Avvist av TTO kommersialiseringsenheten	<input type="text"/>
Utredet videre av TTO kommersialiseringsenheten	<input type="text"/>

Tilbake

Neste

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

21. Mange takk for hjelpen!

Har du tilbakemeldinger til oss eller noe du ønsker å meddele?

Tilbake

Avslutt

## Vedlegg 4: Følg brev fra Norges forskningsråd



Til respondentene

Vår saksbehandler/tlf.  
Mari Nes/95155797

Vår ref.  
Klikk her for å skrive ref.

Oslo,  
23.06.2016

### Kartlegging av forskning og forskningbasert innovasjon om og for kommunale helse- og omsorgstjenester

Norges forskningsråd har gitt Nordisk institutt for studier av forskning, innovasjon og utdanning (NIFU) i oppdrag å kartlegge det som i dag foregår av forskning og forskningsrettet innovasjon om og for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget er en sentral del i regjeringens oppfølging av den nasjonale HelseOmsorg21-strategien. Et kunnskapsløft for kommunale helse- og omsorgstjenester er en av fem hovedprioriteringer i strategien, og den foreliggende undersøkelsen vil gi et viktig grunnlag for det videre arbeidet med å realisere kunnskapsløftet.

Kommunene er i dag ikke pålagt å drive forskning, men skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for egne tjenester. Forskning og innovasjon for, i og med kommunale helse- og omsorgstjenester skjer i all hovedsak i universiteter, høyskoler, institutter eller helseforetak. I tillegg er det de senere årene opprettet ulike sentre som skal bidra til å dekke kommunenes kunnskapsbehov og inngå i et kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi mangler imidlertid systematisk kunnskap om omfanget og innretningen av forskningen og den forskningsbaserte innovasjonen som kan inngå i et slikt kunnskapssystem.

Det er derfor viktig at den foreliggende undersøkelsen besvares etter beste skjønn.

Med vennlig hilsen

**Norges forskningsråd**

Jesper W. Simonsen

Direktør

Divisjon for samfunn og helse

Norges forskningsråd/  
The Research Council of Norway  
Drammensveien 288  
Postboks 564  
NO-1327 Lysaker

Telefon +47 22 03 70 00  
[post@forskningsradet.no](mailto:post@forskningsradet.no)  
[www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)  
Org.nr. 970141669

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til Norges forskningsråd og ikke til enkeltpersoner.

Kindly address all mail and e-mail to the Research Council of Norway, not to individual staff.



## Vedlegg 5: Websider brukt i spørreundersøkelsen

### Kartlegging av forskning og forskningsbasert innovasjon om og for kommunale helse- og omsorgstjenester

24/06/2016

NIFU gjennomfører for tiden en undersøkelse av forskning og utviklingsarbeid (FoU) og forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Undersøkelsen gjennomføres på oppdrag av Norges forskningsråd. Se følgebrev fra Forskningsrådet til mottakerne av spørreskjemaet på følgende link:

[Følgebrev fra Forskningsrådet 24.06.2016](#)

Formålet med spørreundersøkelsen er å kartlegge omfanget og innretningen av FoU og forskningsbasert innovasjon om og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene er ikke pålagt å forske og har ikke egne forskningsinstitusjoner, men de skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for egne tjenester. Forskning og forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester skjer derfor i stor grad ved universiteter, høyskoler, institutter eller helseforetak. I tillegg er det de senere årene opprettet sentre som skal bidra til å dekke kommunenes kunnskapsbehov.

Spørreskjemaet sendes til institusjoner/avdelinger mv. som kan antas å utføre forskning og forskningsbasert innovasjonsaktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvalget er basert på ulike kilder, blant annet institusjonsregisteret som ligger til grunn for den nasjonale FoU-statistikken som NIFU har et ansvar for, bibliometriske databaser og Forskningsrådets prosjektdatabase.

Et hovedformål med kartleggingen er med andre ord å få oversikt over hovedkomponenter i et kunnskapssystem til støtte for kommunale helse- og omsorgstjenester, dvs. hvilke institusjoner/avdelinger som driver slik virksomhet, i hvilket omfang og med hvilken innretning.

Resultatene fra undersøkelsen vil være en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med den nasjonale HelseOmsorg21-strategien, der et kunnskapsløft for kommunale helse- og omsorgstjenester er en av fem hovedprioriteringer.

Undersøkelsen tenkes dessuten å bidra til å styrke FoU-statistikken for kommunesektoren. NIFU har et nasjonalt ansvar for å utarbeide FoU-statistikk for Norge for universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren, inkludert helseforetak og private ideelle sykehus. Offentlige institusjoner med FoU-aktivitet inngår i instituttsektoren.

Vi håper du kan bidra til kartleggingen ved å svare på denne undersøkelsen etter beste skjønn. Hvis ikke, vil vi gjerne at du viderefremidler denne henvendelsen til rette vedkommende, og/eller gir tilbakemelding til oss. Vi ber om svar senest i løpet av fredag 12. august 2016.

Svarene fra hver institusjon/avdeling vil utelukkende bli brukt til statistiske formål. Ingen resultater som presenteres i publikasjoner fra dette prosjektet vil kunne spores tilbake til en enkelt institusjon/avdeling.

Spørreundersøkelsen omfatter både institusjoner/avdelinger som er dekket og som ikke er dekket i FoU-statistikken for 2015.

Spørreskjemaet som sendes til institusjonene/avdelingene som er dekket i FoU-statistikken, kan lastes ned som pdf-fil ved å klikke på følgende link:

[\[Spørreskjema, institusjoner/avdelinger dekket i FoU-statistikken\]](#)

Spørreskjemaet som sendes til institusjonene/avdelingene som ikke er dekket i FoU-statistikken, kan lastes ned som pdf-fil ved å klikke på følgende link:

[\[Spørreskjema, institusjoner/avdelinger ikke dekket i FoU-statistikken\]](#)

[Klikk her for definisjoner og sentrale begreper i spørreskjemaet.](#)

# Definisjoner – FoU i og om kommunale helse- og omsorgstjenester

24/06/2016

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) er kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester definert slik:

*Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.*

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune (§ 3-1).

For å oppfylle dette ansvaret for helse- og omsorgstjenester 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
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 støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak (§ 3-2)

## Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Forskning og utviklingsarbeid (FoU) er 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-aktivitet kan fordeles på grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid. Disse kategoriene defineres slik:

- **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 også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.
- **Utviklingsarbeid** er også 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.

For eksempler på grensedragning mellom FoU og annen aktivitet, se veiledningene for FoU-undersøkelsene for [UoH-sektoren](#), [instituttsektoren](#) og [helseforetak](#).

# Innovasjon

Innovasjon er basert på resultater av enten ny teknologisk utvikling, nye kombinasjoner av eksisterende teknologi eller utnyttelse av annen kunnskap ervervet. Her er vi primært opptatt av forskningsbasert innovasjon (selv om innovasjon også kan baseres på annen aktivitet). Innovasjoner skal være nye for institusjonen/avdelingen som utvikler den, men ikke nødvendigvis for markedet (kunnskapsfronten). Det er ikke avgjørende hvem som utviklet innovasjonen.

Det skilles gjerne mellom produktinnovasjon, prosessinnovasjon og organisasjonsinnovasjon. Disse begrepene defineres slik:

- **Produktinnovasjon (varer og tjenester):** En produktinnovasjon er en vare eller tjeneste som er ny eller vesentlig forbedret enten med hensyn på dets egenskaper, tekniske spesifikasjoner, komponenter, brukervennlighet eller delsystemer.
- **Prosessinnovasjon:** En prosessinnovasjon innebærer å implementere en ny eller vesentlig forbedret produksjonsteknologi/-metode, en ny eller vesentlig forbedret metode for levering/distribusjon av varer eller tjenester eller andre nye eller vesentlig forbedrede støttesystemer eller prosesser.
- **Organisasjonsinnovasjon:** En 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.

## Tabelloversikt

Tabell 1.1: Antall institusjoner/avdelinger i brutto- og nettoutvalget.....	19
Tabell 3.1: Antall institusjonsbidrag til vitenskapelige publikasjoner (N=1066) knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype og region 2005-2014.....	27
Tabell 3.2: Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter tidsskrift, antall og nivå, 2005-2014 (N=1066).....	35
Tabell 3.3: Andel samarbeidsforekomster for publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet per institusjon/type institusjon. Prosent av institusjonens publikasjoner som er forfattet i samarbeid med andre.....	39
Tabell 3.4: Ikke-vitenskapelig publisering knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter institusjonstyper og region. ....	42
Tabell 3.5: Ikke-vitenskapelig formidling knyttet til primærhelsetjenestefeltet i 2005-2014 etter tidsskrift.....	45
Tabell 4.1: Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter dekning i FoU-statistikken og utførende sektor. Millioner kroner. Prosent. ....	47

## Figuroversikt

Figur 3.1: Antall publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter datakilde. ....	27
Figur 3.2: Antall publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype i perioden 2005-2014. ....	29
Figur 3.3: Antall institusjonsbidrag til vitenskapelige publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014, etter institusjon. De 25 største bidragsyterne. ....	30
Figur 3.4: Ordsky basert på titler i engelskspråklige publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 (N=829). ....	31
Figur 3.5: Ordsky basert på titler i norskspråklige publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 (N=237). ....	32
Figur 3.6: Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet fordelt etter fagdisiplin (N=1066). ....	32
Figur 3.7: Faglig profil på publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype og fagdisiplin (N=1066). ....	33
Figur 3.8: Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet kategorisert etter fagdisiplin og helseregion (N=1066). ....	34
Figur 3.9: Andel artikler publisert i nivå-2-tidsskrift knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype. ....	36
Figur 3.10: Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet etter institusjonstype og språk (N=1066). ....	37
Figur 3.11: Publikasjoner knyttet til primærhelsetjenestefeltet. Andel etter antall institusjoner per publikasjon (N=1066). ....	38
Figur 3.12: Illustrasjon av sampublisering knyttet til primærhelsetjenesten i perioden 2005-2014. ....	40
Figur 3.13: Ikke-vitenskapelig publisering knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter publikasjonstype. ....	41
Figur 3.14: Ikke-vitenskapelig publisering knyttet til primærhelsetjenestefeltet i perioden 2005-2014 etter institusjoner i UoH- og instituttsektoren, inkludert helseforetak. Antall publikasjoner. ....	43
Figur 3.15: Ordsky basert på titler i ikke-vitenskapelige publikasjoner knyttet til primærhelsetjenester i perioden 2005-2014 (N=519). ....	44
Figur 4.1: Andelen (%) av den totale FoU-aktiviteten ved institusjonene/avdelingene i 2015 som anslås å være rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sektor. Prosent (N=70). ....	48
Figur 4.2: Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter finansieringskilde. <sup>1</sup> Millioner kroner (N=74). ....	49
Figur 4.3: Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter finansieringskilde og sektor. <sup>1</sup> Millioner kroner (N=74). ....	50
Figur 4.4: Utgifter FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter sektor og type forskning. <sup>1</sup> Millioner kroner (N=76). ....	51
Figur 4.5: Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter type forskning og sektor. <sup>1</sup> Prosent (N=76). ....	51
Figur 4.6: Kommunenes rolle i FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andel som vurderte påstandene som i stor eller noen grad dekkende for prosjekter i arbeid i 2015. <sup>1</sup> Prosent (N=77). ....	52

Figur 4.7: Kommunenes rolle i FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andel som vurderte påstandene i stor eller noen grad dekkende for prosjekter i arbeid i 2015, etter sektor. <sup>1</sup> Prosent (N=77).....	53
Figur 4.8: Institusjoner/avdelinger som oppgir å formelle og uformelle samarbeidsavtaler med en eller flere kommuner som omfatter FoU om kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sektor. <sup>1</sup> Prosent (N=77). .....	54
Figur 4.9: FoU-aktiviteten ved institusjonene/avdelingene rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015 etter hovedtjenesteområde (N=76). <sup>1</sup> .....	55
Figur 4.10: FoU-aktiviteten som ble oppgitt av institusjonene/avdelingene å være rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015 etter hovedtjenesteområde og sektor (N=76). <sup>1</sup> .....	56
Figur 5.1: Andel av institusjonene/avdelingene som oppgir å ha introdusert eller bidratt til å introdusere forskningsbaserte innovasjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter type innovasjon og sektor. <sup>1</sup> Prosent (N=76).....	59
Figur 5.2: Andel av institusjonene/avdelingene som oppgir å ha introdusert eller bidratt til å introdusere forskningsbasert organisasjonsinnovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter type organisasjonsinnovasjon. Prosent (N=24). .....	60



Nordisk institutt for studier av  
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in  
Innovation, Research and Education

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)