

En oppsummering av kunnskap

Kommunal medvirkning og samarbeid med forskningsmiljøer om innovasjon og forskning i omsorgssektoren

Siv Magnussen, Nina Beate Andfossen, Gry Cecilie Lunder Høiland



Oppsummeringen viser måter kommuner kan involveres på i innovasjons- og forsknings samarbeid, samt at det er behov for mer kunnskap om samarbeid i FOU-prosjekter.

En oppsummering av kunnskap

Kommunal medvirkning og samarbeid med forskningsmiljøer om innovasjon og forskning i omsorgssektoren

Siv Magnussen, Nina Beate Andfossen, Gry Cecilie Lunder Høiland



Oppsummeringen viser måter kommuner kan involveres på i innovasjons- og forskingssamarbeid, samt at det er behov for mer kunnskap om samarbeid i FOU-prosjekter.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner.

Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler kommunal medvirkning i forskning og innovasjon. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale lover, forskrifter og offentlige dokumenter som er relevante for emnet.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på oppsummeringen: Kommunal medvirkning og samarbeid med forskningsmiljøer om innovasjon og forskning i omsorgssektoren

Emne: Offentlig innovasjon

Delemne: Kommunal medvirkning i forskning og innovasjon

Forfatter: Siv Magnussen, Nina Beate Andfossen, Gry Cecilie Lunder Høiland

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, øst

Emneredaktør: Siv Magnussen

Kontaktperson: Siv Magnussen

Oppsummering nr 23

Januar 2021

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-109-7

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHold

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT IN ENGLISH	3
KUNNSKAPSOPPSUMMERINGENS HENSIKT, TEMA OG BAKGRUNN	7
1.1 Hensikt med publikasjonen	7
1.2 Bakgrunnen for publikasjonen	7
1.2.1 Programmer for forskningssamarbeid	9
1.3 Satsing på forskning og innovasjon i andre land	9
1.4 Kunnskapsoppsummeringens oppbygging	10
INNOVASJON	11
2.1 Fra produktutvikling i det private markedet til tjenesteutvikling i offentlig sektor	12
2.2 Samskaping og samarbeidsdrevet innovasjon	12
BRUKERMEDVIRKNING I FORSKNINGS- OG INNOVASJONSSAMARBEID	15
3.1 Samproduksjon og samskaping i forskning	16
3.2 Hvem er brukerne i forsknings- og innovasjonssamarbeid?	17
3.3 Forsknings- og innovasjonssamarbeid utfordrer den etablerte forskningen	17
DEFINISJONER OG AVGRENSNINGER	19
4.1 Hva mener vi med omsorgstjenester?	19
4.2 Hva mener vi med innovasjon?	19
4.3 Hva mener vi med samarbeid om innovasjon og forskning?	20
METODISK TILNÆRMING	21
5.1 Avgrensning av prosjekter som skal inkluderes	22
5.2 Søkestrategi	22
5.3 Systematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser	22
5.4 Usystematiske litteratursøk på relevante nettsider og databaser	23
5.5 Inklusjonskriterier for litteratursøkene	24
5.6 Inklusjonskriterier for materialtypene	24
5.7 Analyse og prosess	25
5.8 Ekspertgruppe og intern fagfelleevaluering	25
LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER	27
6.1 Lover	27
6.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven	27
6.1.2 Helsepersonelloven	28
6.2 Stortingsmeldinger	28

6.2.1 Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg	28
6.2.2 Meld. St. 18 (2014–2015) Konsentrasjon for kvalitet – Strukturreform i universitets- og høyskolesektoren	28
6.2.3 Meld. St. 30 (2019–2020) En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse	28
6.3 Offentlige utredninger	29
6.3.1 NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg	29
6.4 Handlingsplaner og strategier	29
6.4.1 HelseOmsorg21 – nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi (HO21)	29
6.4.2 Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020	30
6.4.3 Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018)	31
6.5 Andre offentlige dokumenter	31
FUNN FRA FORSKNING OG GRÅ LITTERATUR	33
7.1 Typer forsknings- og innovasjonssamarbeid	33
7.2 Hva handler samarbeidsprosjektene om?	37
7.3 Hvilke erfaringer er gjort i samarbeidsprosjektene i kommunene?	38
7.3.1 Menneskelige og organisatoriske barrierer og drivere i innovasjonsprosjektene	39
7.3.2 Erfaringer med metoder som fremhever samarbeidspartenes gjensidige avhengighet	40
7.3.3 Følgeforskning som dokumentasjon på effekter og gevinster	41
7.3.4 Utfordringer og suksesskriterier i nye modeller og metoder, samskaping og brukervedvirkning	42
7.3.5 Nye modeller og metoder som merbelastning og tidstyv	42
7.3.6 Samskaping og brukervedvirkning	43
7.4 Erfaringer fra utlandet	44
VERKTØY OG RESSURSER	45
AVSLUTTENDE KOMMENTARER	47
9.1 Trender og essenser	47
REFERANSER	49
VEDLEGG: 1	57
Vedlegg 1	58
Vedlegg II	61

SAMMENDRAG

Oppsummeringen inkluderer 24 empiriske publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid og 15 offentlige dokumenter relatert til emnet «Kommunal medvirkning og samarbeid med forskningsmiljøer om innovasjon og forskning i omsorgssektoren». De empiriske publikasjonene omhandler studier, erfaringer og resultater fra samarbeid mellom kommuner og forskningsmiljøer om innovasjonsprosjekter i omsorgssektoren. Kun rapporter og artikler som handler om forsknings- og innovasjonssamarbeid **med** kommunene, er inkludert i oppsummeringen. Rapporter og artikler som kun handler om forskning **på** innovasjon i kommunale omsorgstjenester, inkluderes ikke.

HENSIKTEN MED KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Hensikten med denne kunnskapsoppsummeringen er å gi oversikt over relevante retningslinjer, forskningsprosjekter og erfaringer angående kommunens rolle som tilrettelegger for og bidragsyter til forskning og innovasjon i omsorgssektoren i samarbeid med forskningsmiljøer. Et viktig moment er å synliggjøre potensialer og utfordringer når det gjelder samarbeid om forskning og innovasjon i den kommunale omsorgssektoren.

ØKT SØKELYS PÅ KOMMUNENS ROLLE SOM TILRETTELEGGER OG MEDVIRKER TIL FORSKNING OG INNOVASJON I OMSORGSSEKTOREN

Flere sentrale stortingsmeldinger og offentlige utredninger omtaler samarbeid mellom forskningsmiljøer og praksisfeltet om innovasjon og forskning som et vesentlig virkemiddel for å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjeneste i kommunene.

Norges forskningsråd har de siste årene fokusert på innovasjon i offentlig sektor. Forskningsprogrammer og regionale forskningsfond krever i økende grad sterk kommunal deltakelse i forskningsprosjekter og at kommuner skal ha ansvar for søknader om forskningsfinansiering.

KUNNSKAPSOPPSUMMERINGENS HOVEDFUNN

1. Vi finner svært få publikasjoner som omhandler selve forskningssamarbeidet mellom kommuner og forskningsinstitusjoner.
2. Publikasjonene beskriver resultater og erfaringer fra innovasjonen som er igangsatt, eksempelvis effekter og gevinster ved innføring av nye teknologiske løsninger.
3. Det meste innovasjons- og forskningssamarbeidet i publikasjonene som inkluderes i oppsummeringen, handler om velferdsteknologi og nye modeller og metoder for tjenesteutvikling.
4. Innovasjons- og forskningssamarbeidet er tett knyttet opp til ekstern finansiering innvilget i forbindelse med store nasjonale

innovasjonssatsinger, eksempelvis velferdsteknologiprogrammet.

5. Følgeforskning fremstår som den mest brukte metodiske tilnærmingen i innovasjons- og forskningssamarbeidene i oppsummeringen.
6. Følgeforskning har noe ulik betydning når det gjelder kommuner og forskningsinstitusjonenes roller i samarbeidet. Gjennomgående for innovasjons- og forskningssamarbeidet er at forskerne gjør en tradisjonell evaluering mot slutten av prosjektet eller etter at prosjektet er avsluttet. Kommunene beskrives i større grad som tilretteleggere enn aktive medforskere.

DET ER BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Foreliggende litteratur om medvirkning i forsknings- og innovasjonssamarbeid viser ulike måter kommunene kan involveres på. Vi fant få publikasjoner om prosjekter som drøfter innovasjons- og forskningssamarbeidet, herunder barrierer og drivere. For å få kunnskap om forskningssamarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner om innovasjon er det behov for mer dokumentasjon på hvordan dette foregår. En mulig løsning er at Norges forskningsråd, regionale forskningsfond og andre finansiører av forskning på innovasjon i kommunene utlyser prosjekter som tar for seg problemstillingen. En annen løsning er at de forespør dokumentasjon på elementer i innovasjons- og forskningssamarbeidet som skjer i prosjektene de finansierer. Slik dokumentasjon kan muliggjøre utvikling av mer kunnskap om hensiktsmessige rolleavklaringer, strukturer og organisering av innovasjons- og forskningssamarbeid i kommunene. I neste fase vil dette kunne bidra til økt innovasjons- og forskningskompetanse både i kommuner og i forskningsinstitusjoner.

ABSTRACT IN ENGLISH

This review includes 24 empirical publications from research and development (R&D) and 15 public documents related to the topic “Municipal participation and collaboration with research environments on innovation and research in the care sector”. The empirical publications include studies, experiences and results from research collaborations between municipalities and research communities on innovation projects in the care sector. Only reports / articles on research and innovation collaborations **together with** the municipalities are included in the summary. Reports / articles that are only about research **on** innovation in municipal care services are not included.

AIM OF REVIEW

The aim of this review is to provide an overview of relevant guidelines, research projects, and experiences regarding the municipality’s role in collaboration with research environments as a facilitator for and contributor to research and innovation in the care sector. An important focus is to highlight potentials and challenges regarding collaboration on research and innovation in the public care sector.

INCREASED FOCUS ON THE MUNICIPALITIES ROLE AS FACILITATOR AND CONTRIBUTOR TO RESEARCH AND INNOVATION IN THE CARE SECTOR

Several key white papers and public reports discuss cooperation between research environments and the field of practice concerning innovation and research as essential tools when developing future health and care services in the municipalities.

In recent years, the Research Council of Norway has focused on innovation in the public sector. Research programs and regional research funds increasingly require strong municipal participation in research projects and that municipalities must be responsible for applications for research funding.

MAIN FINDINGS

1. We find very few publications that deal with the actual collaboration between municipalities and research institutions in research.
2. The publications describe results and experiences from the innovation that has been initiated, such as effects and gains from the introduction of new technological solutions.
3. Most innovation and research collaboration is about welfare technology and new models and methods for service development.

4. Innovation and research collaborations in the publications included in the summary are closely linked to external funding granted in connection to major national innovation initiatives, such as the welfare technology program.
5. Follow-up research appears to be the most widely used methodological approach in innovation and research collaborations in the included publications.
6. Follow-up research shows differences in the roles of the municipalities and research institutions in the collaborations. Consistent for innovation and research collaborations is that the researchers make a traditional evaluation towards the end of the project or after the project has ended. The municipalities are to a greater extent described as facilitators than as active co-researchers.

NEED FOR MORE KNOWLEDGE

The available literature on participation in research and innovation collaboration shows different ways in which municipalities can be involved. We found few publications on projects that discuss innovation and research collaboration, including barriers and drivers. In order to gain knowledge about research collaboration between municipalities and research institutions on innovation, more documentation is needed on how this takes place. One possible solution is for the Research Council of Norway, regional research funds and other funders of research on innovation in the municipalities to announce projects that address the issue. Another solution is that they request documentation of relevant elements in the innovation and research collaboration that take place in the projects they fund. Such documentation can enable the development of more knowledge about appropriate role clarifications, structures and organization of innovation and research collaboration in the municipalities. In the next phase, this could contribute to increased innovation and research competence both in municipalities and research institutions.

KUNNSKAPS- OPPSUMMERINGENS HENSIKT, TEMA OG BAKGRUNN

1.1 HENSIKT MED PUBLIKASJONEN

Hensikten med denne kunnskapsoppsummeringen er å gi en oversikt over relevant forskning, utviklingsarbeid, juridiske og politiske føringer når det gjelder kommunal medvirkning og samarbeid med forskningsmiljøer om innovasjon og forskning i omsorgssektoren.

Hovedspørsmålene som kunnskapsoppsummeringen svarer på, er:

1. Hvilke faglige, juridiske og politiske føringer gjelder?
2. Hvilke typer forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner finner vi i omsorgssektoren?
3. Hva handler samarbeidsprosjektene om?
4. Hvilke erfaringer er gjort i samarbeidsprosjektene?

I besvarelsen av disse spørsmålene vil kunnskapsoppsummeringen trekke tråder til foreliggende litteratur om samarbeidsbasert innovasjon og forskning. Et særlig viktig moment er å synliggjøre potensialer og utfordringer for forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom forskningsmiljøer og praksisfeltet.

1.2 BAKGRUNNEN FOR PUBLIKASJONEN

Bakgrunnen for kunnskapsoppsummeringen er at flere sentrale, offentlige dokumenter omtaler innovasjon og forskning som vesentlige virkemidler til å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Det samme gjelder betydningen av kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og behovet for et kunnskapsløft for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Videre blir samarbeid mellom forskningsmiljøer og praksisfeltet om innovasjon og forskning fremstilt som viktig for å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Regjeringen mener at offentlig sektor skal øke samarbeidet med forskningsmiljøer om innovasjon i offentlig sektor:

«Forskning bør involveres i innovasjonsarbeidet også ved forsøk, digitalisering, gevinstrealisering og spredning, kompetanseutvikling, innovative offentlige

anskaffelser og samarbeid med næringsliv, frivillighet og befolkningen. Forskning akkumulerer mye kunnskap som ikke alltid er like lett for andre å få tilgang til og gjøre seg nytte av. Samarbeid med forskningsmiljøer, gjerne over tid, gir offentlige virksomheter lettere tilgang til en bred nasjonal og internasjonal kunnskapsbase» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 89).

I tråd med regjeringens oppfordringer rapporterer Forskningsrådet at samarbeidet med forskningsmiljøer gir fordeler som at kvaliteten på innovasjonene økes, at en større del av prosjektene realiseres, at tilfredsheten blant de ansatte øker, og at kompetansen til de involverte heves (Forskningsrådet, 2019).

Selv om det allerede foregår innovasjonsarbeid i norske kommuner, er det fortsatt kommuner som strever. I innovasjonsbarometrene oppgir omtrent 13 prosent av de kommunale virksomhetene at de samarbeidet med miljøer for forskning og utvikling (FOU-miljøer) ved gjennomføring eller utvikling av siste innovasjon (Difi, 2018; KS, 2020). I politisk innovasjonsbarometer for 2020 oppgir for øvrig politisk ledelse i kommunen at 6 prosent av innovasjoner totalt ble igangsatt av utdannings- eller forskningsinstitusjoner.¹

I 2016 gjennomførte NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning), på oppdrag fra Norges forskningsråd, en kartlegging av forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Utgangspunktet var at HelseOmsorg21-strategien legger opp til et kunnskapsløft for kommunesektoren som en av fem hovedprioriteringer. Et slik kunnskapsløft anses som viktig for arbeidet med å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgssektoren for bedre å kunne møte dagens utfordringer. NIFU gjennomførte kartleggingen gjennom en kombinasjon av eksisterende datakilder – bibliometri og FoU-statistikk – og en ny, dedikert spørreundersøkelse til utvalgte enheter. Siktemålet var å gi et best mulig anslag for omfanget av forskning, eller FoU, og innovasjon på området samt å få en oversikt over 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 fire-doblet i løpet av siste tiårsperiode. Det publiseres nå om lag 200 artikler årlig, hvorav 12 prosent er i nivå 2-tidsskrifter. Tre fjerdedeler av artiklene ble skrevet i samarbeid mellom to eller flere institusjoner. De samlede FoU-utgiftene i 2015 anslås til vel 800 millioner. De fleste av FoU-aktivitetene ble utført i universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren og var 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 (Wiig, Rørstad & Børing 2016). Da rapporten var avgrenset til å kartlegge publikasjoner knyttet til, men ikke nødvendigvis rettet mot, de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kan man anta at det totale omfanget av vitenskapelig produksjon på området er høyere enn det som kommer frem i NIFUs rapport (KSF, 2019, s. 22).

Som en videre oppfølging av satsingsområdet «Et kunnskapsløft for kommunene» fra HelseOmsorg21-strategien ble Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) opprettet av HelseOmsorg21-rådet i 2017. KSFs sluttrapport fra 2019 viser at behovet for et bedre og oppdatert kunnskapsgrunnlag om forskning rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester fremdeles er stort. Forskningsrådet ved HelseOmsorg21-monitor finansierer en kartlegging og analyse av ressurser til og resultater av FoU rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, av kommunenes FoU-arbeid og av forhold

¹ <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-for-kommunal-sektor/politisk-innovasjonsbarometer-2020/>

som fremmer og hemmer kommunenes involvering i slikt arbeid. Det er forventet at resultater fra dette arbeidet vil bli publisert i løpet av kort tid. Resultatene vil være nyttige supplementer til denne kunnskapsoppsummeringen, og en link vil bli publisert på emnesiden i Omsorgsbiblioteket.

1.2.1 PROGRAMMER FOR FORSKNINGSSAMARBEID

Både Forskningsrådet og regionale forskningsfond, universiteter, høyskoler og sykehus finansierer forskningsprosjekter med utgangspunkt i behovene i offentlig sektor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Forskningsrådets program for forskning og innovasjon i kommunesektoren (FORKOMMUNE) har siden 2018 støttet innovasjons- og kompetanseprosjekter for å få frem innovasjoner innenfor ulike områder i kommunene, herunder helse og omsorg. Også andre programmer i Forskningsrådet finansierer innovasjons- og kompetanseprosjekter med søkelys på helse og omsorg, blant annet BEDRE HELSE og HELSEVEL. I 2019 opprettet Forskningsrådet 15 porteføljestyre som har ansvaret for investeringer innenfor sine fag- eller tematiske områder. Hensikten med dette er blant annet å gi rom for brede utlysninger for offentlige virksomheter som vil samarbeide med forskningsmiljøer innen områder som helse og omsorg.

I norsk forskningspolitikk utgjør økt internasjonalisering ett av fire tverrgående mål. I forsknings- og innovasjonsprogrammet Horisont 2020 (2014–2020) er det vektlagt å løse samfunnsutfordringer i samarbeid med blant annet offentlige aktører. Ved å delta i Horisont 2020-prosjekter får offentlige virksomheter finansiell støtte til å løfte innovasjonsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87).

Gjennom regionale forskningsfond finansierer fylkeskommunene forsknings- og innovasjonsprosjekter med midler fra Kunnskapsdepartementet. I tillegg har blant annet helsedirektoratet, fylkesmannen og stiftelser, som for eksempel Stiftelsen Dam (tidligere ExtraStiftelsen), jevnlig utlysninger på prosjekter hvor praksisfeltet og forskningsmiljøene oppfordres til å samarbeide om utprøving og evaluering av nye modeller og/eller tjenester.

1.3 SATSING PÅ FORSKNING OG INNOVASJON I ANDRE LAND

Ambisjonene som kommer til uttrykk i norske styringsdokumenter, sammenfaller med tilsvarende satsinger fra andre land vi kan sammenligne oss med. Eksempelvis har Storbritannia og Canada gjort omfattende investeringer i å utvikle og evaluere ulike former for partnerskap mellom helsetjenesteorganisasjoner og høyere utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer knyttet til samarbeid om, samskaping og implementering av kunnskap i helsetjenestene (Harrison & Graham, 2012; Rycroft-Malone mfl., 2016; Rycroft-Malone mfl., 2011).

Det samme gjelder for våre nordiske naboland. I både Sverige og Danmark er det en utvikling i forsknings-, utviklings- og innovasjonsaktiviteter mellom academia og offentlige aktører når det gjelder samskaping og eierforhold til aktivitetene som skjer. Rapporten «Utanför det akademiska rummet. Forsknings- utvecklings- och innovationsmiljöer i praktiken» fra 2016 viser hvordan Sverige over tid har arbeidet med å forankre denne tenkningen i praksis (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016). Danmark opprettet i 2016 et nasjonalt senter for innovasjon, Center for offentlig

Innovation (COI). Senteret understøtter økt kvalitet og effektivitet i hele den offentlige sektoren gjennom innovasjon og forskningssamarbeid med ulike aktører (<https://www.coi.dk/>).

Offentlig sektor i de nordiske landene beskrives generelt som innovativ. Dette begrunnes blant annet med at offentlig sektor er stor, men også fordi de har høyt utdannede ansatte som gir et utmerket grunnlag for samarbeid med sterke forskningsmiljøer, innovative private bedrifter og et levende organisasjonsliv. Finland utpeker seg ved at 95 prosent av finske kommuner i løpet av de siste to årene har lansert en eller flere innovasjoner.²

1.4 KUNNSKAPSOPPSUMMERINGENS OPPBYGGING

Kunnskapsoppsummeringen består av til sammen åtte hovedkapitler. I første kapittel har vi introdusert hensikten, temaet og bakgrunnen for oppsummeringen. I kapittel to gjør vi rede for ulike forståelser av innovasjon, herunder samarbeidsdrevet innovasjon. Kapittel tre handler om hvordan brukermedvirkning i forskning og innovasjon kommer til uttrykk i et utvalg foreliggende litteratur. Kapittel fire beskriver og definerer hva vi i *denne* publikasjonen mener med omsorgstjenester og innovasjon, medvirkning og samarbeid i innovasjon og forskning. I kapittel fem gjør vi rede for metodisk tilnærming. Kapittel seks gir en oversikt over hvilke faglige, juridiske og politiske føringer som gjelder. I kapittel syv presenterer vi funn fra forskningslitteraturgjennomgangen, og i kapittel åtte diskuterer vi kunnskapsoppsummeringens viktigste funn og gir en konklusjon.

² https://www.innovationbarometer.org/media/51265/measuring-new-nordic-solutions_innovation_barometer_web.pdf

INNOVASJON

Interessen for kunnskap om innovasjon i offentlig sektor har nærmest eksplodert i løpet av det siste tiåret (Røste, Røhnebæk, Rønning & Koch, 2020). Men hva er egentlig innovasjon?

Ordet innovasjon kommer fra det latinske ordet *innovare*, som betyr å skape noe nytt. Til forskjell fra en oppfinnelse innebærer innovasjon at det nye som skapes, også må gjennomføres i praksis med sikte på å gi økt verdi. Den som var først ute med å utforske betydningen av innovasjon, var Joseph Schumpeter (1883–1950). Noe spissformulert mente Schumpeter at det er innovasjon som fører til økonomisk utvikling (Schumpeter, 1934). Innovasjon ble i Schumpeters arbeider definert som nye kombinasjoner av både nye og gamle ressurser og materialer. Han var først og fremst opptatt av nye kombinasjoner i form av nye teknologiske produkter, men påpekte at innovasjoner kunne forekomme som nye produksjonsmåter, nye organisasjonsformer, nye markeder og ny utnyttelse av råvarer og halvfabrikata. Sentralt i Schumpeters teori er også begrepet kreativ destruksjon, som formidler at noe brytes ned når det nye vokser frem (Schumpeter, 1942). Eksempelvis medfører økt satsing på hjemmebaserte tjenester en reduksjon av institusjonsplasser i en rekke kommuner. Innenfor eldreomsorgen er det færre kommunale institusjonsplasser i dag enn i 1988 da sykehjemreformen ble gjennomført og ansvaret ble overført til kommunene. Det er først og fremst aldershjemsplassene som er lagt ned, og dobbeltrommene er blitt til enkeltrom. Tallet på sykehjemsplasser har imidlertid økt, og reduksjonen i institusjonsplasser er kompensert ved en betydelig utbygging av omsorgsboliger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I den offentlige innovasjonslitteraturen tar flere forskere utgangspunkt i Schumpeters typologisering når det gjelder kartlegging og analyse av innovasjoner. Hartley (2005) bruker følgende inndeling:

1. Produktinnovasjon (nye varer eller produkter)
2. Tjenesteinnovasjon (nye måter å levere tjenester på)
3. Prosessinnovasjon (ny organisasjonsutforming)
4. Posisjonsinnovasjon (ny kontekst eller nye brukere)
5. Strategisk innovasjon (eksempelvis nye politiske mål)
6. Styringsinnovasjon (nye styringsformer)
7. Retorisk innovasjon (ny språk-/begrepsbruk)

En slik inndeling viser at en hvilken som helst endring i offentlig sektor kan ha elementer av mer enn én type innovasjon. Offentlige innovasjoner er slik sett flerdimensjonale (Hartley, 2005; Windrum, 2008; De Vries, Beckers & Tummers, 2016), noe som betyr at det kan være vanskelig å måle hvem som har mest nytte av innovasjonene, og som det må tas hensyn til ved studier av offentlig innovasjon.

Det er i dag bred enighet om at evnen til å innovere avspeiler de relasjoner og det samspill som finner sted mellom individer, organisasjoner og institusjoner (Lundvall, 2011, 2013). Likevel råder det ulike meninger om hva som skal regnes som innovasjon. Noen mener at det ikke gir mening å snakke om små skrittvis endringer som

innovasjon (Osborne & Brown, 2005). Andre påpeker at nettopp små skritt kan bli til store innovasjoner, og at mange viktige innovasjoner kan ligge skjult i de små skrittvis endringene (Fuglsang & Sørensen, 2011). Noen forskere velger kun å utforske det de anser som suksessfulle innovasjoner. En fare med en slik tilnærming er at man lett kan overse både drivkrefter og barrierer (Moore, 2005). Et annet dilemma er hvordan man skal definere suksessfulle innovasjoner. Til syvende og sist er dette et spørsmål om for *hvem* eller *hva* innovasjonen skal være godt for. Eksempelvis kan bruk av teknologiske løsninger som pasientvarslingsystemer være en god løsning for mange ansatte og brukere i pleie- og omsorgssektoren. Hvis alarmen går, kan ansatte sjekke status via mobilen og vurdere situasjonen. Hvis det ikke er alvorlig, behøver de ikke oppsøke og forstyrre pasienten. For pasienter som trenger fysisk kontakt, vil imidlertid et slik varslingsystem innebære tap av verdi.

2.1 FRA PRODUKTUTVIKLING I DET PRIVATE MARKEDET TIL TJENESTEUTVIKLING I OFFENTLIG SEKTOR

Innovasjonsforskningen har i mange år dreid seg om produksjon av materielle ting i markedsorienterte virksomheter (Fagerberg, Martin & Andersen, 2013). Hovedmålet med forskningen var å skape økonomiske verdier. Når konteksten for innovasjon er offentlig sektor, er det ikke nødvendigvis økonomisk vekst som står først, men å skape nye og bedre løsninger for fellesskapet.

Det var først på midten av 1990-tallet at innovasjonsforskere for alvor fattet interesse for tjenesteinnovasjon (Toivonen, 2010).

I dag er det mye litteratur som viser at det er store forskjeller mellom tjenester og produkter (Agarwal mfl., 2015; Gallouj & Savona, 2010; Osborne & Brown, 2011). Den viktigste forskjellen er at tjenester alltid bygger på en relasjon mellom den som mottar og den som leverer tjenesten (Rubalcaba, 2007). Mens det tradisjonelle vareproduksjonsperspektivet tar utgangspunkt i at innovasjonsverdien ligger i selve produktet, snakker man innenfor et tjenesteperspektiv om verdier i bruk og samskaping (Vargo & Lusch, 2004, 2008). En tjeneste er aldri gitt før den er mottatt i betydningen av at det er opplevelsen en tjeneste gir som avgjør hvilken verdi – altså hvor nyttig eller suksessfull den er – og for hvem. Det gjør det også vanskeligere å få oversikt over hvilken økonomisk og sosial verdi en tjeneste har. Tjenesteperspektivet har bidratt til viktig innsikt i tjenesters spesielle karakteristika, men det tas fortsatt lite hensyn til offentlige tjenesters egenart og at målet med offentlig innovasjon er å skape verdi for fellesskapet (Alford, 2016).

2.2 SAMSKAPING OG SAMARBEIDSDREVET INNOVASJON

Parallelt med at tjenesteperspektivet har slått rot i mye av dagens innovasjonslitteratur, har også nye tanker om hvilke aktører som skal med i innovasjonsprosessene, bredt om seg i forskningen. Innovasjonslitteratur som fokuserer på samarbeidsdrevet innovasjon og samskaping, har blant annet som formål å studere hvordan innovasjon skjer i samhandling mellom ulike aktører (e.g. Torfing, Sørensen & Røiseland, 2016; Agger & Sørensen, 2018).

I det samarbeidsdrevne innovasjonsperspektivet legges hovedvekten på at det ikke er noen bestemte aktører (innovasjonshelter) som er avgjørende for å skape innovasjon. Isteden dreier det seg om samarbeid mellom ulike aktører. Flere forskere hevder at det stadig kommer nye indikasjoner på at samarbeid er den viktigste drivkraften for å skape og spre offentlig innovasjon (Bommert, 2010; Torfing & Triantafillou, 2016). Selv om det finnes en del indikasjoner på at samarbeid kan være vanskelig og føre til konflikt, har forskerne innenfor dette perspektivet sterk tiltro til at barrierer kan overvinnes eller begrenses ved riktig tilrettelegging (Torfing, Sørensen & Aagaard, 2014).

I samskapingsperspektivet er det mottakere av tjenester som er i søkelyset. Det viktigste elementet er at mottakere skal være aktive medvirkere (samskapere) i innovasjonsprosessene. Det finnes etter hvert en stor mengde litteratur om samarbeidsdrevet innovasjon og samskaping. Mye av litteraturen er konseptuell, og flere forskere etterlyser empiriske studier om hvordan samarbeidsdrevne og samskapingsbaserte prosjekter faktisk utarter seg (e.g. De Vries mfl., 2016; Torfing mfl., 2016; Agger & Sørensen, 2018).

BRUKER- MEDVIRKNING I FORSKNINGS- OG INNOVASJONS- SAMARBEID

Det er i dag økende krav om og forventninger til at brukerne av forskning skal gis innflytelse over forskningen gjennom å involvere dem i forskningsprosessen, og ikke minst gjelder dette innenfor helse- og velferdsområdet (Askheim, Lid & Østensjø, 2019). Hva som kan karakteriseres som medvirkning i forskning, varierer imidlertid betydelig, ifølge Askheim, Lid og Østensjø (2019). Det internasjonale nettverket International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) slår fast at målet er å maksimere deltakelsen til de som forskningen angår, i alle deler av forskningsprosessen (ICPHR, 2013). Dette inkluderer formulering av forsknings-spørsmål og målsettinger med prosjektet, utvikling av forskningsdesign, valg av metoder for datainnsamling, analyser av data, fortolkning og formidling av resultater samt implementering av forskningen (Askheim mfl., 2019, s. 22).

I kjølvannet av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gav Senter for omsorgsforskning, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, ut en håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning (se link kap. 8 Verktøy og Ressurser). Her beskrives syv forslag til hvordan kommunene kan ivareta rollen som tilrettelegger og medvirker i forskning:

1. Kommunen skaffer seg oversikt over egne forskningsbehov.
2. Kommunen tar kontakt med forskere og forskningsinstitusjoner for å legge frem problemstillinger og forskningsbehov.
3. Kommunen etablerer faste samarbeidsfora med forskningsinstitusjoner.
4. Kommunen stiller data fra tjenestene til rådighet for forskning.
5. Kommunen legger til rette for at forskningen kan gjennomføres i egen kommune.
6. Kommunen etablerer samarbeid med andre kommuner om forskning.
7. Kommunen deltar i forskningsinstitusjoners referansegruppe.

Disse syv forslagene speiler ulike måter samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommunene kan foregå på, men ingen av de beskriver samarbeid der kommunene har rolle som medforskere i hele prosessen. I praksis må man anerkjenne at graden av medvirkning fra andre aktører enn forskere vil variere betydelig (Kendon, Pain & Kesby, 2010). Et viktig prinsipp som bør gjelde, er at medvirkningens art og omfang ikke bare skal bestemmes av de akademiske forskerne, men gjennom diskusjoner og forhandlinger med medforskerne. Ikke alle medforskere ønsker eller har anledning til å delta fullt ut i hele forskningsprosessen. Den mest effektive strategien for samarbeid er dermed at forskerne og medforskerne sammen finner frem til hva som vil være en nødvendig og hensiktsmessig deltakelse (McIntyre, 2008; Askheim mfl., 2019). Et viktig prinsipp som bør gjelde om medvirkningens art og omfang skal ha innflytelse og ikke fremstå som tokenisme, er at brukere av forskning får en aktiv rolle i diskusjoner om forskningsdesign og forskningsbehov (Romsland, Milosavljevic & Andreassen, 2019). «Tokenisme» er et begrep som brukes for beskrive brukerinvolvering i beslutnings-taking der brukere i realiteten ikke har stor innflytelse, og dermed noe som indikerer et gap mellom politiske mål og faktisk praksis (Morrison & Dearden, 2013; Domecq mfl., 2014). Tokenisme kan forekomme hvis bidragene til brukerne blir undervurdert, og metodene som brukes til å involvere dem, er nedlatende (Snow, Tweedie & Pederson, 2018). Det kan også oppstå hvis brukere synes det er vanskelig å dele sin erfarings-kunnskap i samtaler med forskere fordi diskusjonen i for stor grad dreier seg om spesia-lisert vitenskapelig kunnskap (Romsland mfl., 2019).

3.1 SAMPRODUKSJON OG SAMSKAPING I FORSKNING

I den senere tiden har begrepene «co-production» (samproduksjon) og «co-creation» (samskaping) blitt tatt i bruk som betegnelser på forskning der akademikere og andre aktører samarbeider om forskningen. Samproduksjon i forskning handler om å produsere kunnskap i et samarbeid mellom akademisk utdannede forskere og andre aktører som forskningen angår og/eller har konsekvenser for. Denne formen for samskaping kan foregå på ulike nivåer. Martin (2010) skiller mellom fem ulike måter «practitioners», eller utøvere, kan involveres på:

1. Som «informants» (informanter), dvs. som studieobjekter eller portvakter til viktige datakilder.
2. Som «recipients» (mottakere), dvs. at funn fra forskningen aktivt formidles til de som har deltatt i forskningen ved slutten av forskningsprosessen. Men deltakerne har likevel ingen innflytelse over hva som utforskes, eller hvordan forskningen gjennomføres.
3. Som «endorsers» (støttespillere). Her søker forskningsinstitusjoner og forskerne støtte hos andre aktører for å prioritere hva det skal forskes på, for eksempel i arbeidet med å utvikle forskningsprogrammer og prosjekter. Relevante brukermiljøer og -organisasjoner konsulteres for å få deres støtte til prosjektene og eventuelt få tilgang til data og nøkkelpersoner. Representanter for brukermiljøene kan også gis muligheten til å kommentere søknader og/eller forskningsrapporter.
4. Som «commissioners» (kommisjonærer). En slik posisjon innebærer at de kan komme med ideer til og initiere prosjekter. Forskerne er fremdeles ansvarlige for innsamling og analyse av data, mens

de andre aktørene kan gis innflytelse på forskningsdesign og rapportering. Formidling fra prosjektet skjer gjerne i fellesskap.

5. Som «co-researchers» (medforskere). Her involveres de på en aktiv og likeverdig måte i alle deler av forskningsprosessen.

3.2 HVEM ER BRUKERNE I FORSKNINGS- OG INNOVASJONSSAMARBEID?

Vi har så langt beskrevet ulike grader av og hvordan brukermedvirkning og samproduksjon/samskaping kan foregå. Men hva menes egentlig med brukerne i forsknings-samarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner?

I Forskningsrådets utlysninger til forskning og innovasjon opererer de med et bredt brukerbegrep. I HELSEVEL-programmet 2015–2024 står det at «programmet skal skape nye samarbeidsarenaer ved å bringe sammen forskere, tjenesteutøvere og brukere fra ulike tjenesteområder på tvers av helse- og velferdssektoren» (s. 7). I utlysning av FoU-midler til innovasjonsprosjekter defineres brukere som de som skal motta tjenesten, profesjonelle brukere/brukerorganisasjoner og/eller de som skal levere tjenesten (kommunen). Det er også denne brede definisjonen vi forholder oss til i denne kunnskapsoppsummeringen.

Kravet om brukermedvirkning i forskning er ikke et særnorsk fenomen, men en del av en internasjonal trend (Askheim mfl., 2019). «Participatory Research» blir ofte brukt som et paraplybegrep på prosjekter der forskere samarbeider med de som forskningen angår og vil kunne ha konsekvenser for (Macaulay mfl., 2011; Salsberg mfl., 2015). Betegnelser som disse forfatterne inkluderer under «participatory research»-paraplyen, er: “action research, collaborative-, cooperative and participatory action research, community-based participatory research, emancipatory research, participatory rural appraisal, participatory evaluation, community and patient engagement.”

Også i Norge brukes ulike betegnelser for samarbeid mellom forskere og brukere. I HELSEVEL programplan 2015–2024 s. 11 opererer Forskningsrådet med begrepene følgeforskning og implementeringsforskning. En oversikt over andre begreper som brukes, finner vi i Askheim, Lid og Østensjø (2019, s. 16):

«Begreper som anvendes, er f.eks. ‘samarbeidsforskning’ (Johannesen, Natland & Støkken, 2011; Westerlund & Bjørgen, 2011), ‘deltakerbasert forskning’ (Starrin, 2007; Askheim & Starrin, 2008), ‘deltakende aksjonsforskning’ (Slettebø & Seim, 2016) og ‘medforskning’ (Borg & Kristiansen, 2009)».

3.3 FORSKNINGS- OG INNOVASJONSSAMARBEID UTFORDRER DEN ETABLERTE FORSKNINGEN

Involvering av ikke-akademisk utdannede personer i forskningsprosessen utfordrer den etablerte forskningen på ulike måter (Askheim & Høiseith, 2019). Medforskere kan oppfattes som ikke å ha tilstrekkelig forskningskompetanse for å kunne delta som forskere og som en trussel for forskningens objektivitet (Askheim & Høiseith, 2019). Med henvisning til Hodgson og Canvin (2005) skriver Askheim og Høiseith (2019) at «så lenge et tradisjonelt vitenskapssyn der teoretisk kunnskap har hegemoni og forskernes metoder og språkbruk dominerer, vil medvirkning fra ‘utenforstående’ forbli symbolsk». Skepsis til brukermedvirkning i forskning kan også handle om at forskerne opplever at de mister kontrollen over forskningsprosjektene, eksempelvis ved at partnere uten forskningskompetanse legger for sterke føringer på hvordan forskningen

skal gjennomføres, hvem som bør intervjues og involveres, etc. Andre utfordringer som litteraturen beskriver om brukerinvolvering i forskning, kan handle om at medforskerne opplever samarbeidet som både for ressurs- og tidkrevende, samt at deres innsats ikke blir tilstrekkelig verdsatt (Boutilier, Mason & Rootman, 1997).

Eines og Lervik (2012) påpeker at forskning og fagutvikling som har til hensikt å endre praksis, kan medføre interessekonflikter. Praksisfeltet kan uttrykke skepsis til metoden forskerne bruker, særlig når resultater fra kvalitativ forskning skal presenteres. Skepsisen handler i stor grad om dataenes gyldighet og om de gjelder for andre enn de personene som har deltatt i studien, og dermed kan generaliseres til å gjelde i andre kontekster. Kvalitativ forskning er kontekstuell og subjektiv, mens kvantitativ forskning regnes om generaliserbar og objektiv (Whittemore, Chase & Mandle, 2001). Det betyr imidlertid ikke at kvalitative studier ikke kan gi viktig lærdom til andre. Samtidig gir heller ikke et stort, kvantitativt datamateriale en garanti for økt overførbarhetsverdi (Malterud, 2001). Det er ifølge forfatterne (Eines & Lervik, 2012) viktig at dette løftes frem for helsepersonell som skal vurdere forskningsresultater kritisk. Forfatterne påpeker videre at det først er i de senere årene at sykepleierstudenter lærer hvordan de skal vurdere forskningsresultater kritisk.

For å lykkes med forsknings- og innovasjonssamarbeid er det derfor viktig å avklare forventninger allerede før man går i gang med arbeidet, herunder hvilke roller alle involverte skal ha, og hva som forventes av den enkelte og av samarbeidet. Tilstrekkelig avsatt tid vil være viktig for å skape tillit og gode samarbeidsrelasjoner slik at alle involverte har en omforent forståelse av hva samarbeidet faktisk innebærer og skal føre til (Askheim & Høiseth, 2019; Eines & Lervik, 2012).

DEFINISJONER OG AVGRENSNINGER

I det følgende skal vi beskrive, definere og avgrense hva vi mener med omsorgstjenester, innovasjon og samarbeid om innovasjon og forskning i denne kunnskapsoppsummeringen.

4.1 HVA MENER VI MED OMSORGSTJENESTER?

Kunnskapsoppsummeringen omhandler omsorgstjenestene som er omfattet av regjeringens/Helse- og omsorgsdepartementets (2013d) avgrensning, som oppsummerer at kommunale helse- og omsorgstjenester («omsorgstjenester») i hovedsak består av:

1. Ulike former for hjemmetjenester, for eksempel hjemmesykepleie og praktisk bistand – inkl. brukerstyrt personlig assistanse (BPA).
2. Opphold i institusjon, herunder sykehjem og heldøgns omsorgsbolig.
3. Tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn.
4. Velferdsteknologi innen omsorgstjenester, for eksempel individuell plan (IP) og trygghetsalarm.
5. Diverse: Utover dette kan den enkelte kommune ha ordninger og tilbud spesielt tilpasset sin kommune, for eksempel matombringning.

Emnet omfatter ikke kommunale helsetjenester som fastlegeordningen, tannhelse mm.. Omsorgstjenester utført i spesialisthelsetjenesten, barne- og familievernet, tannhelsetjenesten samt arbeids- og velferdstjenesten (NAV) er også ekskludert³.

4.2 HVA MENER VI MED INNOVASJON?

Vi har innledningsvis vist at det finnes mange ulike forståelser av hva innovasjon er.

I denne kunnskapsoppsummeringen definerer vi innovasjon slik:

«En mer eller mindre intendert og proaktiv prosess, som har som siktemål å definere problemer, utfordringer og nye muligheter og utvikle, utvelge, implementere og spre nye og kreative løsninger, som bryter med vante forestillinger og gjengs praksis på et bestemt område»⁴ (Sørensen & Torfing, 2011).

Vi tar dermed som utgangspunkt at det kan være ulike grunner til at innovasjonsprosesser blir igangsatt. De kan bli igangsatt som følge av opplevde behov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også fordi noen ideer

³ I den grad NAV er inkludert, er det fordi kommunene er ulikt organisert, og noen har sine psykisk helse-/rusrelaterte tjenester tilknyttet den kommunale delen.

⁴ Oversatt til norsk fra den danske versjonen, som finnes i Torfing mfl. (2014, s. 19).

og løsninger fremstår som populære og med det tiltrekker oppmerksomhet fra en rekke ulike interessenter (Czarniawska & Joerges, 1996; Røvik, 2007). Konkrete eksempler på sistnevnte er ideer om at ny teknologi, nye arbeidsmodeller basert på hverdagsmestring, samskaping og involvering av frivillige fremstår som løsning på vidt forskjellige problemer. I Norge gir nasjonale myndigheter prosjektmidler til kommunale helse- og omsorgstjenester som ønsker FoU-samarbeid med ulike aktører, herunder forskningsinstitusjoner, for å prøve ut nye modeller i egen lokal kontekst. Videre legger vi til grunn at hovedmålet er å få til innovasjonsprosesser der det å definere problemer eller behov, utvikle løsninger, implementere og spre tillegges lik vekt.

4.3 HVA MENER VI MED SAMARBEID OM INNOVASJON OG FORSKNING?

I denne oppsummeringen forholder vi oss til Martins (2010) fem måter ikke-forskere/praksisfeltet kan involveres på i forskning (se 3.1). Vårt poeng er ikke å fremstille noen av måtene som bedre enn andre, men å synliggjøre at måtene samarbeid og samskaping om innovasjon og forskning foregår på, har betydning for innovasjons- og forskningsprosessene.

METODISK TILNÆRMING

I dette kapitlet vil vi redegjøre for hvordan vi har gått frem i arbeidet med oppsummeringen. Vi begrunner søkestrategier, utvalget av dokumenttyper og analyser vi har gjort. Videre redegjør vi for fagfelleprosessen og ekspertgruppens rolle.

Oppsummeringen omfatter til sammen 40 norske publikasjoner. 24 av disse er rapporter om forskningssamarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner (se vedlegg 2), mens 15 er stortingsmeldinger, lover, offentlige utredninger, handlingsplaner og strategier (se kap. 6). Vi fant ingen norske vitenskapelige artikler som passet med de valgte inklusjonskriteriene, men én internasjonal artikkel (se vedlegg 2).

I arbeidet har vi anvendt en metodikk som ligger nært opp til det som i forskningslitteraturen omtales som «scoping review» (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun mfl., 2014; Daudt, van Mossel & Scott, 2013). En «scoping review» er en teknikk som brukes for å kartlegge relevant litteratur innen interesseområdet for å presentere en bred oversikt over temaet i feltet (Arksey & O'Malley, 2005). En «scoping review» har åpne forskningsspørsmål (problemstilling) og inkluderer litteratur med flere typer studiedesign og metoder. Det er vanlig å inkludere den såkalte «grå litteraturen», dvs. ikke-vitenskapelig litteratur som offentlige dokumenter, rapporter og erfaringsbaserte kilder. Hensikten med en «scoping review» er ikke å evaluere og gradere studienes vitenskapelige evidens opp mot et tradisjonelt evidenshierarki, men å skape en vid oversikt over emnet og beskrive kjerneelementer fra de inkluderte studiene. Målgruppene for oppsummeringene er brede og inkluderer både forskere, praktikere, politikere, pasienter og brukere.

Arbeidet har fulgt følgende hovedfaser, men ikke i streng kronologisk rekkefølge:

- Beskrivelse av emnet, formål, problemstillinger, avgrensninger og inklusjonskriterier
- Søk etter relevant litteratur
- Utvelgelse av litteraturen i henhold til formål, problemstillinger og avgrensninger og inklusjonskriterier som er nevnt senere i dette kapitlet
- Vurdering av og systematisering av litteraturen
- Beskrivelse og oppsummering av litteraturen
- Ny gjennomgang etter tilbakemeldinger fra fagfeller i Omsorgsbiblioteket, ekspertgruppen og ansvarlig redaktør

5.1 AVGRENSNING AV PROSJEKTER SOM SKAL INKLUDERES

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi foretatt en pragmatisk avgrensning av hvilke samarbeidsprosjekter vi har tatt med. Hovedkriteriet har vært at dokumentene som er inkludert, eksplisitt gir uttrykk for at prosjektet er basert på samarbeid mellom forskere og kommune. Et annet kriterium er at det i dokumentene gis en beskrivelse av hvordan samarbeid om forskning i innovasjonsprosesser mellom forskere og innovasjonsaktører foregår.

5.2 SØKESTRATEGI

Søkestrategi, utvelgelse av innhold og oppsummering av kunnskap ble utført i henhold til rutiner og retningslinjer som er nedfelt i «Kvalitetssystem for Omsorgsbiblioteket».

Senter for omsorgsforskning, øst har tilgang til et stort vitenskapelig bibliotek, og vi har samarbeidet med en forskningsbibliotekar ved NTNU i Gjøvik ved utvelgelse av relevante søkeord og søk i nasjonale og internasjonale databaser. Søkestrategien er utarbeidet av Gry Cecilie Lunder Høiland og kontaktbibliotekar for forskningsstøtte ved NTNU, Karen Marie Øvern. Øvern har også bistått med selve søkene i databasene.

I tillegg til systematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser har vi gjennomført mer usystematiske søk på relevante nettsider og Google scholar.

Vi søkte etter følgende dokumenter:

- Offentlige styringsdokumenter (lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter)
- Eksternt fagfelleurdert forskning / vitenskapelige arbeider, internt fagfelleurdert forskning / vitenskapelige arbeider, masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger
- Rapporter fra innovasjonsprosjekter som utføres eller har blitt utført i samarbeid mellom forskningsmiljø og kommunal omsorgssektor
- Informasjon om pågående prosjekter
- Annen faglitteratur

5.3 SYSTEMATISKE LITTERATURSØK I NASJONALE OG INTERNASJONALE FORSKNINGSDATABASER

Søket omhandlet omsorgsforskning der forskningen inngår som et innovasjonssamarbeid mellom kommunal omsorgssektor og forskningsorganisasjonen.

Vi gjorde søk i følgende databaser:

British Nursing Index, ProQuest (Health Collection + Social Science Collection), ISI Web of Science, AMED, Global Health, PsycINFO, Scopus, SAGE Journals Online, Wiley Online og Emerald Insight. Det strukturerte søket i disse databasene ble utført av bibliotekar (se vedlegg 1). Søkene ble avsluttet i januar 2020, og kunnskapsoppsummeringen er skrevet på bakgrunn av de kildene som var tilgjengelige i søkeperioden.

5.4 USYSTEMATISKE LITTERATURSØK PÅ RELEVANTE NETTSIDER OG DATABASES

Sammen med ekspertgruppen hadde vi en idémyldring om aktuelle nettsteder og kilder det kan være aktuelt å søke i, og aktuelle prosjekter som kan være aktuelle for oppsummeringen. Vi gjorde søk på følgende nettsider og databaser:

<https://helsedirektoratet.no/>
<https://www.fylkesmannen.no/>
<https://www.regjeringen.no/>
<https://www.utviklingssenter.no/>
<https://www.ks.no/>
<https://evalueringsportalen.no/>
<https://www.omsorgsbiblioteket.no>
<http://www.helsebiblioteket.no>
<http://www.kunnskapscenteret.no>
<https://www.omsorgsforskning.no/>
<https://www.nhn.no/>
<https://www.fhi.no/>
<https://prosjektbanken.forskningsradet.no>
<https://www.aldringoghelse.no>
<http://www.psykiskhelsearbeid.no>
<http://www.napha.no>
<http://www.erfaringskompetanse.no>
<http://www.nakmi.no>
<https://fysioterapeuten.no/>
<https://ergoterapeutene.org/>
<https://sykepleien.no/forskning>
<https://vernepleier.no/kategori/forskning/mm>
<https://ressursportal.no/> (Leve hele livet)
<https://www.dam.no>

Vi anvendte følgende hovedsøkeord i søkefeltet på disse nettsidene:

- Innovasjon/innovasjonssamarbeid i helse- og omsorgssektoren
- Forskning/følgforskning og innovasjon/medforskning/aksjonsforskning
- Samskaping

<https://scholar.google.com/>

Følgende hovedsøkeord er anvendt i Google scholar-søk:

- Innovasjonssamarbeid i helse- og omsorgssektoren
- Følgforskning og helse- og omsorgssektoren og innovasjon
- Medforskning i helse- og omsorgssektoren

Vi gjorde også søk på engelsk, men vi gikk ikke igjennom søkene systematisk fordi vi fikk treff i størrelsesorden 17 000 og oppover.

Søkene på nettsteder ble gjort så systematisk som det var mulig å få til ved å bruke nettstedenes egne søkemotorer. Nettsidene hadde ikke søkemotorer som egnet seg for systematiske søk, og det var en utfordring å finne hensiktsmessige søkeord. Alt fra politiske føringer, juridiske reguleringer, faglige anbefalinger, vitenskapelig arbeid, praktiske erfaringer og utviklingsprosjekter var blant resultatene. I henhold til problemstillingene denne kunnskapsoppsummeringen søker å besvare, valgte vi

kun å ta med dokumenter som omhandler forskningssamarbeid mellom akademia og praksisfeltet om innovasjon i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Søkene ble avsluttet i mars 2020. I tillegg til egne søk har vi fått tips fra kollegaer, ekspertgruppen og andre fagpersoner om relevant fagstoff.

5.5 INKLUSJONSKRITERIER FOR LITTERATURSØKENE

Oppsummeringen omhandler studier, erfaringer og resultater fra samarbeid mellom kommuner og forskningsmiljøer om innovasjonsprosjekter i omsorgssektoren. Det vil si at kun rapporter/artikler som handler om forsknings- og innovasjonssamarbeid med kommunene, inkluderes i oppsummeringen. Rapporter/artikler som kun handler om forskning på innovasjon i kommunale omsorgstjenester, inkluderes ikke.

Videre har vi lagt til grunn følgende inklusjonskriterier for litteratursøkene:

- gir eksplisitt uttrykk for at prosjektet er basert på samarbeid mellom forskere og kommune
- det gis en beskrivelse av samarbeidet mellom forskere og kommune
- har relevans for omsorgstjenesten i kommunen
- norsk og internasjonal litteratur som har overføringsverdi til en norsk kontekst
- publisert på norsk, engelsk eller skandinavisk språk
- publisert etter 2012 siden dette var årstallet da kommunene ved den nye helse- og omsorgsloven fikk en lovmessig plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning i helse- og omsorgstjenesten

5.6 INKLUSJONSKRITERIER FOR MATERIALTYPENE

Vi har lagt til grunn følgende inklusjonskriterier for de ulike materialtypene:

Offentlige styringsdokumenter:

- relevans for emnet
- gjeldende per dags dato
- belyser nasjonale og/eller faglige føringer som gjelder innenfor emnet

Forskning:

- relevans for emnet
- publisert i et fagfelleurdert tidsskrift eller som vitenskapelig monografi, antologi eller artikkel i antologi

Rapporter fra utviklingsprosjekt:

- relevans for emnet
- rapporter som beskriver hvilke tiltak som har vært gjort som en del av prosjektet
- rapporten inneholder beskrivelse av resultater og/eller refleksjoner rundt måloppnåelse for samarbeidet om innovasjonsprosjekter

5.7 ANALYSE OG PROSESS

Analysene og kunnskapsoppsummeringene er utført på grunnlag av følgende prosess:

- en kritisk vurdering av kunnskapskildenes relevans og kvalitet
- en beskrivelse, oppsummering og kategorisering av kunnskapen. Her har vi lagt vekt på å fange opp den empiriske kunnskapen som har blitt synliggjort i innovasjonsprosjekter gjennomført i samarbeid mellom akademia og den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Arbeidet er gjort i henhold til Omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring.

Emneredaktør Siv Magnussen har hatt hovedansvaret for dokumentgjennomgangen, analysen og skrivingen av oppsummeringen. Nina Beate Andfossen har bistått både i dokumentgjennomgangen og skriveprosessen. Gry Cecilie Lunder Høiland har stått for det innledende arbeidet med kunnskapsoppsummering som formulering av problemstillingene, utvelgelse av databaser, nettsteder og søkestrategi og har sammen med Nina Beate Andfossen hatt ansvaret for kapitlet «Formelle rammer: lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter». Alle tre har vært aktive i review prosessen.

5.8 EKSPERTGRUPPE OG INTERN FAGFELLEVRURDERING

Oppsummeringen er vurdert og kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for emnet Samarbeid om forskning og innovasjon i omsorgssektoren i kommunene. Gruppen består av:

- Sigrid Askum, fagleder, KS Helse og velferd
- Sigrund Heskestad, prosjektleder Kompetanseløftet 2020, Helsedirektoratet
- Målfrid Schiager, leder, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet (Oppland)
- Anne Marit Åslund, ved oppnevnelsen fagleder omsorg, Østre Toten kommune, nå universitetslektor ved Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik
- Liv Jorunn Solstad, rådgiver, Senter for omsorgsforskning, vest og Høgskulen på Vestlandet
- Ann-Karin Tennås Holmen, førsteamanuensis og INNOFF-kontakt, Universitetet i Stavanger
- Anders Vege, fagleder for enhet for kvalitetsforbedring, Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet
- Bjørg Odland, rådgiver med ansvar for omsorgsplan 2020 og Leve hele livet, Fylkesmannen Rogaland
- Frode Hovland Søreide, rådgiver i Avdeling for helseforskning og helseinnovasjon, Norges Forskningsråd

Publikasjonen er fagfellevurdert av en annen emneredaktør i Omsorgsbiblioteket, førsteamanuensis Siri Andreassen Devik, Senter for omsorgsforskning, midt. Før publisering er oppsummeringen vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, førsteamanuensis Astrid Gramstad ved UiT Norges arktiske universitet, Senter for omsorgsforskning, nord.

LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER

Dette kapitlet gir en oversikt over utvalgte offentlige styringsdokumenter som er relevante når vi diskuterer samarbeid mellom forskning og innovasjon i omsorgstjenestene.

6.1 LOVER

6.1.1 HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

Kommunale helse- og omsorgstjenester er regulert og definert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), som trådte i kraft i 2012. I denne loven er forskningssamarbeid særlig aktualisert. Lovens § 8-3 lovfester kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forarbeidene og stortingsproposisjonen⁵ til loven beskriver bakgrunnen for denne tydeliggjøringen:

«Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet. For å sikre forskningens relevans, samt bidra til implementering av ny kunnskap i tjenesten, vil det være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av forskningsinstitusjonene» (s. 55).

Kommunene har dermed fra 2012 hatt en lovmessig plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning i helse- og omsorgstjenesten, men uten lovpålegg om at kommunene skal drive forskning for eksempel i egen regi. De skal legge til rette for og bidra til forskningsaktiviteter, men hvordan dette skal skje, konkretiseres ikke i loven. I stortingsproposisjonen vises det til økt behov for kunnskap og derav forskning «om, for og i den kommunale helse- og omsorgssektoren» og at dette i hovedsak skjer «i forskningsinstitusjonene eller i samarbeid med disse» og utført i hovedsak av «helsepersonell som har kombinert sin praksisutøvelse med en vitenskapelig karriere, og som er tilknyttet universitets- og høyskolesektoren» (s. 282).

⁵ Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4coe34d8eabeb/no/pdfs/prp20102011009100odddpdfs.pdf>

6.1.2 HELSEPERSONELLOVEN

Lov om helsepersonell av 1999 (helsepersonelloven) regulerer personell i helse- og omsorgstjenestenes plikter og ansvar i yrkesutøvelsen og har som formål å bidra til kvalitet i helsetjenesten og sikre befolkningens tillit til helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dette omfatter også taushetsplikten; lovens § 29 regulerer tilgjengelighetsgjøring av taushetsbelagte opplysninger til forskningsbruk.

6.2 STORTINGSMELDINGER

6.2.1 MELD. ST. 29 (2012–2013) MORGENDAGENS OMSORG

Denne meldingen peker særlig på at «forskning skaper ny kunnskap som kan utvikle praksis. Forskning på innovasjonsprosesser i omsorgstjenestene er nødvendig for å lete fram, støtte opp under og kvalitetssikre nye løsninger framover». Det står også i meldingen at «forskermedvirkning kan gi kommunene verdifull drahjelp i innovasjonsprosessene, men det krever at kommunene utvikler sin rolle som deltaker i og eier av forskningsprosjekter, og som kompetent bestiller og bruker av både nasjonal og internasjonal forskning». Dette forutsetter og krever et tett samarbeid mellom kommuner og FoU-miljøer, der sektoren selv er med både før, under og etter forskningsprosessen.

6.2.2 MELD. ST. 18 (2014–2015) KONSENTRASJON FOR KVALITET – STRUKTURREFORM I UNIVERSITETS- OG HØYSKOLESEKTOREN

Målet med reformen var å heve kvaliteten i forskning og utdanning ved å endre strukturen og samle ressursene på færre i universitets- og høyskolesektoren. Det skulle blant annet bidra til å legge til rette for bedre samspill mellom forskning, utdanning og innovasjon og dermed til utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

6.2.3 MELD. ST. 30 (2019–2020) EN INNOVATIV OFFENTLIG SEKTOR. KULTUR, LEDELSE OG KOMPETANSE

Meldingen viser til regjeringens mål om en effektiv offentlig sektor som leverer gode tjenester til befolkningen, har høy grad av tillit i befolkningen og at løsninger på samfunnsordninger skapes i samarbeid mellom innbyggerne, næringslivet, forskningsmiljøer og sivilsamfunnet.

Med mål om bedre og mer effektive tjenester oppfordrer meldingen til økt samarbeid mellom offentlig sektor og forskningsmiljøer. Det påpekes at innovasjon i offentlig sektor krever samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer, sektorer, næringsliv, sivilsamfunn og utdannings- og forskningsmiljøer. Videre påpekes det at offentlig sektor inntil nylig stort sett har blitt forsket på, men at offentlige aktører nå i mye større grad er involvert eller initiativtakere i alle faser av innovasjons- og forskningsprosesser (s. 87).

Det vises til ulike forskningsprogrammer i Forskningsrådet, deriblant FORKOMMUNE, FINNUT, HELSEVEL og IKTPLUSS, samt offentlig sektor PhD og regionale forskningsfond.

6.3 OFFENTLIGE UTREDNINGER

6.3.1 NOU 2011: 11 INNOVASJON I OMSORG

Utredningen peker på og gir et historisk tilbakeblikk på omsorgsforskning og kunnskapsgrunnlaget for omsorgstjenestene. Omsorgssektoren er flerfaglig, og kunnskapsfundamentet må basere seg på bidrag fra mange kilder og miljøer. Dette ses på som et premiss for identifisering av sektorens kunnskapsbehov og som en del av det å være offensiv når det gjelder å utvikle omsorgssektorens egen forsknings- og utviklingsagenda. En effektiv strategi for kunnskapsutviklingen må dermed ha som mål:

«[...] å styrke arenaer for samhandling mellom produsenter og brukere av kunnskap. Slike samspill skaper forutsetninger for at akademiske forskningsagendaer blir mer relevante for tjenesteproduksjonen, så vel som at erfaringer fra praksisfeltet bidrar til utformingen av forskningsspørsmål [...] et viktig utgangspunkt for ny kunnskapsutvikling er at den bør forankres i brede, flerfaglige og praksisnære miljøer» (kap. 8.1.2, s. 129)

6.4 HANDLINGSPLANER OG STRATEGIER

6.4.1 HELSEOMSORG21 – NASJONAL FORSKNINGS- OG INNOVASJONSSTRATEGI (HO21)

Visjonen for HO21-satsingen var «kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse». HelseOmsorg21-strategien ble utviklet av universitetene, sykehusene, kommunene, næringslivet, offentlige etater og brukerne selv. I strategien fremstår *kunnskapsløft for kommunene* som et av ti satsingsområder og en av fem hovedprioriteringer. Kunnskapsløftet omfatter forskning og innovasjon både for, i, med og på kommunene. Strategien ønsker å styrke forsknings- og innovasjonsinnsatsen i tilknytning til kommunale helse- og omsorgstjenester og foreslår at kunnskapsløftet for kommunal sektor blant annet iverksettes ved:

- at et ansvar for forskning for en samlet kommunal sektor realiseres gjennom regionale samarbeidsløsninger og en statlig basisfinansiert instituttsektor kombinert med midler til en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene
- å etablere nye regionale samarbeidsorganer for kommunene
- å etablere en instituttstruktur/-sektor for kommunene
- å etablere og finansiere en bred innovasjonsarena for kommunesektoren
- å 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, 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.
- at 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 allmenntmedisin og tannhelsetjenesten etter modell fra fungerende nettverk i utlandet

Et viktig premiss er at den kommunale helse- og omsorgsforskningen må skje i samarbeid med forskningsmiljøer. Samtidig understrekes det i strategien at det er kommunenes behov for kunnskap som skal danne utgangspunktet for forskningsinnsatsen (s. 14). I strategien fastslår regjeringen at offentlig sektor skal være en pådriver i å nå mål om å øke innovasjonsgraden i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. De viser til at dette kan skje gjennom bruk av teknologi, endring i organisering og styring, utviklingsarbeid, politiske reformer eller endringer i regelverk. Kunnskap om effekt og implementering av tiltakene skal følges opp gjennom forskning og evaluering, og det skal stilles tydelige krav om at resultatene skal publiseres både til brukere og øvrige forskningsmiljøer (s. 14).

6.4.2 OMSORG 2020. REGJERINGENS PLAN FOR OMSORGSFELTET 2015–2020

Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c) omfatter prioriterte områder og tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene. Under hovedsatsingsområdet «En faglig sterk tjeneste» poengteres det at utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester skal bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling i tjenestene, samtidig som sentrene for omsorgsforskning skal videreutvikles for å møte fremtidens behov for forskning, innovasjon og utvikling i sektoren. Regjeringen påpeker videre i planen at forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal prioriteres, og satsingen på omsorgsforskning gjennom Norges forskningsråd videreføres. Regjeringen skal også utarbeide en handlingsplan som konkretiserer oppfølgingen av de prioriterte områdene i HelseOmsorg21-strategien.

6.4.3 REGJERINGENS HANDLINGSPLAN FOR OPPFØLGING AV HELSEOMSORG21- STRATEGIEN, FORSKNING OG INNOVASJON I HELSE OG OMSORG (2015–2018)

I Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien heter det at «[h]else- og omsorgstjenestene må utvikle en kultur for kontinuerlig tjenesteinnovasjon» der «arbeidet med forskning og innovasjon må bli mer strategisk og forankret i ledelsen».

Blant tiltakene som handlingsplanen fremsetter som skal bidra til mer forskning, er:

- å bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene
- å vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- å gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte
- å opprette et nytt forskningsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene. Forskningsrådet har også blant annet satt i gang HELSEVEL-programmet.

6.5 ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER

Andre sentrale offentlige dokumenter har også omhandlet innovasjon, forskning og forskningssamarbeid i omsorgssektoren, men blir ikke videre behandlet her.

- Meld. St. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer
- Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
- Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – Trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter
- NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse

FUNN FRA FORSKNING OG GRÅ LITTERATUR

I dette hovedkapitlet oppsummerer vi funn fra forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og forskningsinstitusjoner. All dokumentasjon på empirisk forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner i Norge finner vi i grå litteratur i form av 24 prosjektrapporter. Vi fant ingen norske vitenskapelige publikasjoner, og kun én internasjonal, som passet med de valgte inklusjonskriteriene.

Den største andelen av prosjektrapportene er skrevet av forskere og utført på oppdrag fra kommuner som hadde mottatt eksterne FoU-midler. I noen få rapporter er også kommunale aktører oppgitt som medforfattere. Forskningsresultatene som fremgår av prosjektrapportene, er såkalt evalueringsforskning, dvs. dokumentasjon av erfaringer som ble gjort i prosjektperioden.

Vi går først igjennom det vi har funnet som er relevant for hovedspørsmålene:

1. Hvilke typer forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner finner vi i omsorgssektoren?
2. Hva handler samarbeidsprosjektene om?
3. Hvilke erfaringer er gjort i samarbeidsprosjektene i kommunene?

Til slutt beskriver vi hovedessensen i den ene internasjonale vitenskapelige artikkelen vi fant.

7.1 TYPER FORSKNINGS- OG INNOVASJONSSAMARBEID

Følgforskning fremstår som den mest brukte metodiske tilnærmingen, men ved nærmere innsyn i rapportene viser det seg at følgforskning har noe ulik betydning i prosjektene som er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. I de fleste prosjektene fremstår forskning og innovasjonsarbeidet som adskilte seanser. Gjennomgående for de fleste prosjektene er at forskerne har kommet på banen først når prosjektet er godt i gang, og at deres hovedoppgave har vært å evaluere prosjektet.

I henhold til Martins (2010) fem ulike måter ikke-forskere/praksisfeltet kan involveres på, befinner kommunene i de fleste prosjektene seg på nivå 1 (som informanter og portvakter) og nivå 2 (som mottakere av funn fra forskningen ved slutten av forskningsprosessen). I prosjektet «Fra ide til aktiv hverdag – En studie av implementering av innovasjon i sykehjem i Meløy» (Anvik mfl., 2017) defineres følgforskning

«som å foreta en systematisk innsamling av data med siktemål om å analysere prosessen innenfor bestemte områder». Her har forskerne gjort bruk av intervju (både individuelle og fokusgruppe), observasjon (og samtale) og dokumentstudier gjennom de ulike fasene frem til prosjektets slutt. Dette innebar at følgeforskningen ble avsluttet før forskerne fikk undersøkt hvorvidt innovasjonen var implementert og spredd til alle avdelingene ved sykehjemmet. Rapporten gir ingen indisier på at funn som forskerne gjorde, ble formidlet tilbake til praksisfeltet underveis. Slik vi forstår det, er forskning og innovasjonsarbeidet her adskilte deler. Formidling til praksisfeltet skjer først etter at prosjektet er avsluttet.

I følgeforskningsprosjektet «Virtuell korttidsbehandling i Halden kommune» (Gjellebæk, Samuelsen & Winther, 2019) ser det også ut til at forskning og innovasjonsarbeid er gjennomført som separate aktiviteter. Kommunen oppgis å ha stått ansvarlig for utvelging av intervjupersoner og deltakere i workshops. Vi finner imidlertid ingen indikasjoner på at resultater har blitt diskutert med kommunale aktører underveis. I rapporten påpekes det derimot at funnene og forståelsen av disse har blitt diskutert i forskergruppen gjennom analyseprosessen, og at «[d]enne fremgangsmåten bidrar til å redusere muligheten for feiltolkning av datamaterialet blant annet som følge av egen forforståelse (Malterud, 2001)» (Gjellebæk, Samuelsen & Winther, 2019 s. 4).

Kun ett av de inkluderte prosjektene har karakter av Martins nivå 3 (involvering av mottakere av forskning som støttespillere). Det gjelder prosjektet «Stolt beboer. Folk og hus i Tollåsenga» (Røe, Woods & Jæger, 2014). Her definerer forskerne seg som en slags «prosessagenter» som gjennom hele prosjektet fulgte prosesser lokalt, og ønsket å fremskaffe kunnskap om beboermedvirkningsperspektivet i utviklingen av boligene og tjenestene. Forskningsdesignet beskriver et ønske om både å favne de store linjene og å få tak i de praktiske erfaringene. Det ble derfor benyttet mange metoder for å få tak i både system- og individnivået i forskningen (Røe, Woods & Jæger, 2014).

I tillegg til beboerne var også ansatte i ulike avdelinger i kommunen involvert både som informasjonskilder og aktive deltakere i å utforme eksempelvis spørreskjemaer til bruk i prosjektet. Også beboerne var deltagende i å utforme spørreskjemaer, skjemaer som ikke nødvendigvis skulle frembringe noen statistiske analyser, men kartlegge beboernes erfaringer og forventninger til sin egen bosituasjon. Det ble arrangert arbeidsverksteder (workshops) om samordning av tjenester og om energiløsninger i boligene. Her deltok både ansatte, beboere, forskere og utbyggeren. Forskerne beskriver at metoden gjorde noen enhetsledere oppmerksom på at «det faktisk bor folk i husene, det er ikke bare punkter på listene våre» (Røe, Woods & Jæger, 2014).

Langt flere av prosjektene, 20 av i alt 25, kan plasseres på nivå 4 i betydningen at kommunene søker støtte hos forskerne og andre relevante aktører (for eksempel brukerorganisasjoner og frivillige). Som i Martins beskrivelse er forskerne ansvarlig for innsamling og analyse av data, men når det gjelder innflytelse på forskningsdesign og rapportering, har vi få holdepunkter for å beskrive hvordan den har vært. I de fleste rapportene står det svært lite om hvordan samarbeidet mellom forskere og praksisfeltet har foregått. I flere av rapportene påpekes det isteden hvordan forskerne har bidratt med faglig støtte. I prosjektet «Agder Living Lab (ALL)» (Garman-Johnsen, Eikebrokk, Helmersen & Lindland, 2018), som beskrives som et «levende» testlaboratoriet, skal sykepleiere, pasienter og pårørende sammen med leverandører og Universitetet i Agder finne morgendagens velferdsteknologi (Garman-Johnsen mfl., 2018). Agder Living Lab er et samarbeidsprosjekt der Helsedirektoratet har gitt Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Agder et tilskudd til utvikling av en Living Lab-metodikk innenfor det velferdsteknologiske området (Garman-Johnsen mfl., 2018). Nedslagsfeltet for

Agder Living Lab er hjemmetjenester og sykehjem i Grimstad. Basert på nyere forskning i prosess-, kvalitets-, IT-ledelse, digitalisering og ergonomi gav følgeforskerne råd til kunnskapsutvikling innenfor følgende temaer:

- Den lærende organisasjonen – hvorfor og hvordan
- Brukerinvolvering: designtenkning, prosess- og tjenestemodellering
- Måle- og styresystemer
- Leverandørutvikling og samarbeid

Gjennom workshops har følgeforskerne formidlet metoder for tjenstedesign og innovasjon samt metoder for hvordan slike prosesser kan styres på en effektiv måte. I tillegg har forskerne evaluert Agder Living Lab-prosjektet i «2 runder».

Vi fant kun seks prosjekter vi mener kan plasseres på Martins nivå 5 (mottakere har status som medforskere der de involveres på en aktiv og likeverdig måte i alle deler av forskningsprosessen). *Stolt beboer – Folk og hus i Tollåsenga* (Røe mfl., 2014), som gjaldt utbedring av et boligområde, og som vi foran har plassert på nivå 3, er også et eksempel her. I det prosjektet var «alle» nivåer involvert (Røe mfl., 2014). Utgangspunktet for prosjektet var å fremskaffe praksisnær kunnskap om hvilken betydning medvirkning kan ha i lokale prosesser, og hvordan medvirkning bidrar til økt bokvalitet blant beboerne. Oppgraderingen av boligene ble forsinket, noe som skapte frustrasjon blant beboerne og førte til reaksjoner som «tillitsbrudd», «det skjer jo ingenting» etc. Samtidig bidro frustrasjoner vedrørende forsinkelsen til etablering av et sosialt tilbud på området, noe som viste seg å bli limet i hele prosjektet.

I rapporten *Digitalt tilsyn – en reise i samhandling og samskaping* (Nilsen mfl., 2017) oppgir forfatterne at den metodiske tilnærmingen har vært følgeforskning der innovasjon og forskning har gått hånd i hånd. Med dette menes en kombinasjon av klassisk forskningstilnærming med elementer av aksjonsforskning. Hensikten med prosjektet var finne ut hva som skal til for å lykkes med implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forskingen inntok derfor et multiinteresent-perspektiv, dvs. at både teknologileverandørene (som utviklet og installerte teknologien og stod for opplæringen) og helsefagarbeiderne på forskjellige nivåer i sykehjem og i hjemmesykepleien var aktivt med i prosjektet og studien. I tillegg har forskerne sett på prosjektet fra forskjellige perspektiver, inkludert brukernes perspektiv, som i denne studien ble definert som ansatte. I tillegg til klassisk kvalitativ og kvantitativ datainnsamling har prosjektet hatt tre aksjonsforskningstilnærminger:

1. Aktiv deltakelse i design av prosjektet og i planleggingen av aktiviteter
2. Aktiv deltakelse i, og ved enkelte anledninger også fasilitering av, kunnskapsdeling og kollektiv refleksjon på workshopene og i møter
3. Bruk av fokusgrupper til datainnsamling og fasilitering og stimulering av kritisk refleksjon over implementeringsprosessen (Alvesson & Sköldbberg, 2009; Winter & Munn-Giddings, 2001; Nilsen mfl., 2017, s. 17).

På denne måten var innovasjon og forskning designet som samskapingsprosjekter der prosessen har skjedd i et tett samarbeid. Forskerne har fasilitert læringsarenaer og kommunikasjon mellom aktørene, som i sin tur har bidratt til utvikling av teknologien og til tjenesteinnovasjon. På samme tid har dette viktige arenaer for datainnsamling (Nilsen mfl., 2017, s. 17).

Med utgangspunkt i Nasjonalt Velferdsteknologiprogram⁶ har SINTEF bidratt både som forskningspartner og teknologiutvikler i fem av prosjektene som er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Kommunene er Stavanger, Bergen, Larvik, Horten og Skien. Som forskningspartner har SINTEF utarbeidet det de omtaler som en «praksisnær tilnærming med fokus på kommunenes reelle behov for kunnskap, læring og effekter av gjennomførte tiltak». Det betyr en forskning som tar lærdom av og er relevant for praksis, og som bidrar til varig praksisendring i kommunesektoren. Målet med forskningen er at den ivaretar behovet for å dokumentere tiltakets nytteverdi for brukere, pårørende, ansatte og tjenestene som helhet. Videre skal kommunaløkonomisk effekt, dvs. «i hvilken grad tiltaket frigjør tid eller medfører økt ressursbruk», besvares.

I rapportene blir det påpekt at denne tilnærmingen er i tråd med føringene gitt av Helsedirektoratet for følge-med-forskning i Samveis⁷.



God forskning som stimulerer innovasjon: forske «sammen med», ikke forske «på».

SINTEF har bidratt med en følgeforskningstilnærming som inkluderer systematisk evaluering og brukerkartlegging, fokusgruppeintervju, workshops og spørreskjema. I tillegg har både ansatte og forskere observert teknologiene som var i bruk, og rapportert om erfaringer fortløpende i prosjektmøter. Prosjektet har fulgt en prosess med tre faser, som er illustrert i figuren, og vi har hentet dokumentasjon på ulike tidspunkter i prosessen. Samme metode ble brukt i alle fem prosjektene, og den karakteriseres av SINTEF som «forskningsstøttet behovsdrevet innovasjon»⁸. SINTEF beskriver forskningsstøttet behovsdrevet innovasjon som en prosess «som skjer i samspillet mellom de som har kunnskap om teknologien, forskerne og ansatte i helse- og omsorgssektoren som kjenner hverdagen og behovene til brukerne og behov for nye løsninger, og brukerne». Det er gjennom dette samspillet at nye løsninger utvikles, prøves ut og gjøres brukbare (Pfeffer & Sutton, 1999). SINTEF påpeker at innovasjonsprosesser er åpne og uforutsigbare prosesser. Typisk for slike prosesser er at man ikke kan vite på forhånd hvordan ting vil utvikle seg. Underveis vil derfor erfaringer man gjør seg, kreve at både målene og oppgavene justeres. Dette betyr at utviklingen foregikk gjennom praktisk utprøving der vi diskuterte og justerte erfaringer og endret strategi for igjen å gjøre nye praktiske utprøvinger (Ausen, Svagård, Øderud, Sørensen & Stanarevic, 2017).

⁷ <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>

⁸ Ved bruk av terminologien behovsdrevet innovasjon viser SINTEF til Fagerberg, Mowery og Nelson (2004).

7.2 HVA HANDLER SAMARBEIDSPROSJEKTENE OM?

Forsknings- og innovasjonssamarbeidprosjektene vi har inkludert, fordeler seg i to hovedkategorier:

- 1) Velferdsteknologi
- 2) Nye modeller og metoder for tjenesteutvikling

VELFERDSTEKNOLOGI (18 studier)	NYE MODELLER OG METODER FOR TJENESTEUTVIKLING (7 studier)
Ausen mfl. (2016). <i>Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Larvik kommune</i>	Anvik (2017). <i>Fra idé til aktiv hverdag? En studie av implementeringen av innovasjon i sykehjem i Meløy</i>
Ausen mfl. (2016). <i>Utvikling av tjenestemodell for bruk av GPS i demensomsorgen</i>	Eide mfl. (2017). <i>Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune</i>
Ausen mfl. (2017). <i>Utvikling og Implementering av digital samhandling og oppgavestøtte på KAD</i>	Ekman (2017). <i>Mobilisering for kommunal forskning, utvikling og innovasjon i Nord-Trøndelag</i>
Ausen mfl. (2017). <i>Vi er stolt men ikke nøyd, erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Skien kommune</i>	Guribye & Mydland (2019). <i>Portalen. Samskaping i rusomsorgen</i>
Bjørkquist mfl. (2017). <i>Innovasjonsreisen – innføring av digitale trygghetsalarmer på veien mot Helsevakt</i>	Mydland & Kvanneid (2019). <i>Likemannstjeneste i Stavanger. Samarbeid om oppfølging etter institusjonsbehandling for rusavhengighet</i>
Brox mfl. (2018). <i>Teknologi til fallforebygging</i>	Næss (2013). <i>Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune</i>
Fabritius mfl. (2017). <i>Fra perm til pad – følgeforskning av digipro helse, et innovasjonsprosjekt i Salten</i>	Røe mfl. (2014). <i>Stolt beboer. Folk og hus i Tollåsenga</i>
Garman-Johnsen mfl. (2018). <i>Agder Living Lab. Hvordan lykkes med tjenesteinnovasjon i eHelse</i>	
Gjællebæk mfl. (2019). <i>Forskningsrapport. Prosjekt Virtuell korttidsavdeling i Halden kommune</i>	
Grut mfl. (2018). <i>Jobb smartere! Utvikling av metodikk for læring i innovasjonspraksis for å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer</i>	
Grut mfl. (2016). <i>Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten. Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune</i>	
Lom mfl. (2017). <i>20% teknologi ? Digitalisering av pleie og omsorgstjenestene i Bodø kommune</i>	
Magnusson mfl. (2012). <i>Partnership working: The key to the AT-technology transfer process of the ACTION service (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older people's Needs) in Sweden.</i>	
Nilsen mfl. (2017). <i>Digitalt tilsyn – en reise i samhandling og samskaping</i>	

VELFERDSTEKNOLOGI (18 studier)	NYE MODELLER OG METODER FOR TJENESTEUTVIKLING (7 studier)
Nordtug mfl. (2015). <i>Implementering av velferdsteknologi. En kvalitativ studie: Hvilke nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste</i>	
Røhne mfl. (2016). <i>Trygghets og mestringsstrategier i Bergen</i>	
Røhne mfl. (2016). <i>Effekt av trygghetspakker. Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Lister regionen</i>	
Boysen & Støle (2016). <i>Erfaringer og funn fra pilotering av velferdsteknologi i Stavanger kommune</i>	

Som vist i tabellen ovenfor handler den største andelen av studiene, 18 av 25, om å bygge kunnskap og skaffe erfaringer om ulike typer velferdsteknologi som kan bidra til større brukertilfredshet og tryggere og mer effektive helse- og omsorgstjenester. Dette kan ses i sammenheng med at flere av kommunene har deltatt i opplæringsprogrammet Velferdsteknologiens ABC som Helsedirektoratet i samarbeid med KS, SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge har utviklet. Siden den gang har mange kommuner deltatt i dette og jobbet med teknologi i egen regi.

De resterende syv prosjektene handlet om utvikling av modeller og metoder for tjenesteutvikling, der hensikten var å skape bedre og mer effektive helse- og omsorgstjenester. Tre av prosjektene var forankret i en faglig forståelse om at aktivitet i hverdagen henger sammen med en «Hva er viktig for deg»-tilnærming, som hadde en positiv effekt for trivsel, livsglede og helse. De andre fire prosjektene hadde søkelys på å beskrive hvordan samhandling mellom ulike aktører foregår i praksis. Samhandlingen kunne foregå både inter- og intrakommunalt. Ved å beskrive praksis fikk kommunene en bevissthet rundt ulikheter mellom kommunene/avdelingene samt hva som fremmer og hemmer samarbeid. Videre ble kunnskapen brukt til å skissere modeller og metoder for endring av fremtidig praksis. Aksept for forskjellighet og differensiering av tiltak, forståelse for tidlige avklaringer av roller og at samarbeid ikke er enkelt, er noe av det som beskrives som viktige erfaringer fra disse prosjektene.

Felles for alle de 24 prosjektene er at samskaping og brukermidvirkning har hatt en sentral plass i arbeidet. Både samskaping og brukermidvirkning er konsepter som de seneste årene har blitt trukket frem som viktig i arbeid med innovasjon. Samlet sett er derfor kommunenes intensjoner i forsknings- og innovasjonssamarbeid helt i tråd med nasjonale anbefalinger og satsingsområder.

7.3 HVILKE ERFARINGER ER GJORT I SAMARBEIDSPROSJEKTENE I KOMMUNENE?

Vår vurdering av rapportene er at kommunene i hovedsak erfarer at det er stort behov for en solid forankring av innovasjonsarbeidet i organisasjonen, kontinuerlig informasjon og opplæring av både ansatte og brukere samt tett og godt samarbeid mellom alle involverte. En viktig erfaring for mange er at å utvikle, implementere og spre ny teknologi, nye modeller og metoder basert på samskaping og brukermidvirkning krever et helt nytt tankesett og en omorganisering som omfatter hele kommunen som organisasjon.

Ingen av forskningsrapportene legger vekt på å beskrive *erfaringene forskerne og kommunale aktører* har gjort seg om forsknings- og innovasjonssamarbeidet. Isteden legger rapportene vekt på å beskrive erfaringene kommunene har i samarbeidsprosjektene med å utvikle og prøve ut ny teknologi og nye samarbeidsmodeller, herunder organisering, brukertilfredshet, risikovurderinger og effekter av dette arbeidet. Det er derfor i hovedsak disse kategoriene vi fokuserer på når det gjelder oppsummering av hvilke erfaringer som er gjort i kommunene.

7.3.1 MENNESKELIGE OG ORGANISATORISKE BARRIERER OG DRIVERE I INNOVASJONSPROSJEKTENE

I studien *Fra Perm til Pad – Følgeforskning av Digipro Helse – et innovasjonsprosjekt i Salten* (Fabritius, Andrews & Strømsvik, 2017) viste følgeforskningen en rekke utfordringer underveis i innovasjonsprosessen. Det var for det første krevende å samordne og forankre prosjektet. Dette kan ifølge forskerne ha sammenheng med at det var vanskelig å forklare innovasjonsideen godt nok for alle involverte parter. For det andre erfarte prosjektdeltakerne at uavklarte rammer og forutsetninger i samarbeid med teknologileverandøren førte til usikkerhet og forsinkelser. For det tredje medførte den lynraske teknologiske utviklingen at forutsetningene endret seg, og dermed at opprinnelige planer ble endret. For det fjerde opplevde mange at prosjektet krevde store ressurser, der det meste av skjønnsmidlene som var tilført prosjektet, gikk til teknologileverandøren, som de etter hvert måtte avslutte samarbeidet med, da de ikke klarte å levere ønsket løsning. For det femte uttrykte prosjektdeltakerne misnøye underveis med den måten prosjektet utviklet seg på. Prosjektledelsen fikk flere ganger tilbakemeldinger fra kommunallederne for helse- og omsorgstjenester om at de ønsket større fremdrift. Dette var imidlertid ikke mulig så lenge de teknologiske utfordringene ikke lot seg løse.

I studien *Innovasjonsreisen – innføring av digitale trykghetsalarmer på veien mot Helsevakt – Følgeforskning i Fredrikstad kommune*⁹ viste følgeforskningen at silotenkning og sterke profesjonelle og organisatoriske revirer kan være til hinder for samarbeid og utvikling av tjenestene (Bjørkquist, Forss, Holone & Samuelsen, 2017). Forskerne som fulgte prosessen, påpekte videre viktigheten av at hele organisasjonen forstår at innføring av ny teknologi krever endring. Videre er det viktig at det settes av tid på alle nivåer, og på tvers av nivåer i kommunen, både hos ledere og ansatte, til å jobbe med de endringene som trengs.

I rapporten *Digitalt tilsyn – en reise i samhandling og samskaping* (Nilsen mfl., 2017) påpekes det at svaret på hvordan man skal lykkes med innovasjon, er sammensatt, men at det først og fremst handler om ledelse og om å involvere berørte parter tidlig, dvs. allerede i planleggingsfasen. Videre handler det om å skape *møteplasser* for erfaringsdeling og etisk læring på tvers av profesjoner og roller, der teknologer, helsepersonell, leverandører og ledere kan utvikle et felles språk og forståelse for hvor skoen trykker, og sammen tenke kreativt om løsninger. For det tredje handler det om kompetanse, å prioritere opplæring i startfasen og å sørge for at IT- og teknologikompetanse er tilgjengelig når tjenestene skal være i funksjon (Nilsen mfl., 2017).

⁹ Formålet med følgeforskningen var å kartlegge, analysere og evaluere organisasjonsutviklingsprosessen og innovasjonsreisen knyttet til overgangen til digital trykghetsalarm.

I de fleste velferdsteknologiprojektene bekrefter følgeforskerne betydningen av å vektlegge de menneskelige utfordringene ved innføring av ny teknologi. I flere av prosjektene opplevde både ansatte og sluttbrukere å få for lite informasjon og opplæring i bruken av teknologien. I mange studier ble det også påpekt at teknologien var for lite utviklet til å løse behov i helse- og omsorgstjenestene. Andre erfaringer er at innføring av ny teknologi setter høye krav til infrastruktur i hjemmene til brukerne, men også i kommunene som sådan. Utvikling og beskrivelser av tjenesteprosesser må være avklart slik at det er klart for alle involverte hvilke oppgaver som skal utføres, og av hvem (Røhne mfl., 2016b). Viktige erfaringer fra prosjektet *Agder Living Lab* var at ønsket om å utvikle nye teknologier noen ganger stod i fare for å komme i konflikt med kommunens behov for tjenesteutvikling (Garman-Johnsen mfl., 2018). For å lykkes med digitalisering er det derfor viktig at hele organisasjonen kontinuerlig jobber med forbedringer, der tjenester planlegges, innføres, kontrolleres og korrigeres. Et viktig premiss for å lykkes er at ledere forstår organisatoriske utfordringer og innhenter styringsinformasjon gjennom de aktivitetene som skjer i ALL (Garman-Johnsen mfl., 2018).

Følgeforskerne i prosjektet *Fra Perm til Pad – Følgeforskning av Digipro Helse – et innovasjonsprosjekt i Salten* lister opp følgende suksesskriterier for å lykkes med innføring av ny teknologi:

- **Støttende ledelse**
- **Arena eller møteplass**, med god atmosfære for fremlegging og drøfting av ideer
- **Risikovilje** hos ledere ved å frigi arbeidstid og økonomiske ressurser til innovasjonsarbeid
- **Tillit til medarbeidere i organisasjonen**, både til deres faglige kompetanse og til deres evne til gjennomføring
- **Autonomi** der prosjektlederne har stor frihet i utviklingen av prosjektet og det endelige produktet
- **Innsatsvilje**, dvs. stort engasjement og en vilje til gjennomføring, ikke minst ved betydelig bruk av egen fritid
- **Faglig støtte** både fra nettverket av kommunalledere, aktørene i prosjekt- og prosedyregruppen og referansegruppen fra Nord universitet

(Fabritius, Andrews & Strømsvik, 2017)

7.3.2 ERFARINGER MED METODER SOM FREMHEVER SAMARBEIDSPARTENES GJENSIDIGE AVHENGIGHET

I prosjektet «Digitalt tilsyn – en reise i samhandling og samskaping» (Nielsen mfl., 2017) har ansatte i åtte kommuner, to forskningsinstitusjoner og teknologibedrifter i Arena Helseinnovasjon jobbet sammen i en lang rekke workshoper. I tillegg tok forskerne ansvar for arbeid i workshop. Å jobbe på denne måten beskrives som en vinn-vinn-situasjon i prosjektet:

«De ansatte i kommunene har fått innsyn i hverandres utfordringer når det gjelder implementering av velferdsteknologi, samtidig som leverandørene og utviklerne av

den samme teknologien har vært til stede både som deltakere og observatører. Som et ytterligere lag utenpå dette, men også som aktive deltakere, har vi hatt forskergruppen med ni forskere fra to forskjellige forskningsinstitusjoner, med samme geografiske nedslagsfelt som kommunene og leverandørnettverket. Forskergruppen er tverrfaglig, samarbeider på tvers av regioner, institusjoner, fakultet, og på tvers av klassiske forskningsfelt og forskningsmetodiske tilnærminger» (Nilsen mfl., 2017, s. 10).

Forskerne har på sin side brukt viktige funn og erfaringer i dette prosjektet i en rekke andre prosjekter, både innenfor utdanning, utvikling, innovasjon, forskning og formidling. Eksempelvis har studien blitt brukt som et bidrag til forskningsbasert undervisning på alle nivåer i høyere utdanning. Videre har erfaringer fra prosjektet blitt brukt i utvikling av videreutdanninger og studier på masternivå og i forskningsvirksomheten i forskningsinstitusjonene som deltok i prosjektet (Nilsen mfl., 2017).

7.3.3 FØLGEFORSKNING SOM DOKUMENTASJON PÅ EFFEKTER OG GEVINSTER

Flere av følgeforskningsrapportene legger vekt på å dokumentere effekter og gevinster velferdsteknologi og trygghetsløsninger kan gi. I de fleste av disse prosjektene har SINTEF vært forskningspartner i innovasjonsarbeidet og bidratt med kunnskap og erfaringer knyttet til teknologi og tjeneste. Kommunene har fått veiledning i bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger og fått hjelp til å gjennomføre tjenesteinnovasjonsprosesser. SINTEF har videre tilrettelagt for kartlegging og forståelse av brukerbehov og har innhentet erfaringer underveis. De fleste rapportene viser til betydelige gevinster i økt kvalitet, unngåtte kostnader og spart tid for brukere, pårørende, ansatte og kommunen. I en rapport fra SINTEF (Røhne mfl., 2016) om effekten av trygghetspakker i Lister-regionen viser eksempelvis evalueringen at bruk av medisindispensere reduserte totalkostnaden for ni brukere i Farsund kommune fra kr 1 690 582 til kr 1 088 523 per år. Ved innføring av robotstøvsugere i Kvinesdal kommune er kostnaden for elleve brukere redusert fra kr 79 457 til kr 29 268 per år (Røhne, Svagård & Holmesland, 2016, s. 37). Evalueringen SINTEF har gjort, viser at både brukere og ansatte er fornøyd med disse og andre teknologiske løsninger (for eksempel mobil trygghetsalarm, GPS, døralarm, sengealarm, gulvalarm, komfyrvakt og tidsbryter) som kommunene¹⁰ i regionen har implementert.

I flere av studiene har også SINTEF gjennomført effektstudier samt beskrevet ulike gevinster for bruk av teknologi både for hjemmeboende og på institusjon. Studiene viser at det er store individuelle forskjeller blant brukere. Dette krever grundig kartlegging av brukerbehov og et fleksibelt og effektivt samarbeid mellom alle involverte. Flere av de ansatte oppgav at de ønsket seg mer kompetanse både på kartlegging av behov og bruk av teknologi samt økt samarbeid på tvers av avdelinger og mellom brukere, pårørende, ansatte og leverandører (Ausen mfl., 2016).

¹⁰ Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal.

7.3.4 UTFORDRINGER OG SUKSESSKRITERIER I NYE MODELLER OG METODER, SAMSKAPING OG BRUKERMEDVIRKNING

Til tross for lik tematikk er det stor spennvidde i prosjektene som omhandler nye modeller og metoder. Spennvidden er samtidig både suksesskriteriene og utfordringene for de samme prosjektene. Suksesskriteriene er at flere aktører, fra ulike instanser og med ulike roller, møtes for å diskutere felles temaer og anliggender. Dette gir en stor mengde informasjon, der mye til dels var ukjent for flere deltakere, men som i kraft av disse møtene tilgjengeliggjøres for flere og til slutt kan bety noe for de aller fleste. Samtidig blir det en utfordring å samle dette til noe alle kan dra nytte av. Eksempelvis beskrives modell- og metoderesultater på individ-, gruppe- og systemnivå. Resultatet kan være positivt sett fra et individnivå, men mer utfordrende på et gruppe- og systemnivå (se for eksempel Eide mfl., 2017; Mydland mfl., 2019; Røe mfl., 2014). Det blir også beskrevet at det er behov for en styrking av mer varige strukturer for forsknings- og innovasjons(sam)arbeid på ulike nivåer. Slik det er nå, er det mer ad hoc arbeid enn samarbeid som varer over tid (se for eksempel Ekman, 2017).

7.3.5 NYE MODELLER OG METODER SOM MERBELASTNING OG TIDSTYV

«Fra idé til aktiv hverdag? – En studie av implementeringen av innovasjon i sykehjem i Meløy» (Anvik mfl., 2017) handler om implementering av Frisklivsdosetten, dvs. en systematisk arbeidsmetode for å gi den enkelte sykehjemsbeboer en aktiv og meningsfylt hverdag. I Frisklivsdosetten legges det opp til at planer for en aktiv hverdag utarbeides i nært samarbeid med beboere og pårørende. I tillegg var det et ønske å styrke samarbeidet med frivillig sektor. Prosjektet ble opprettet som et samarbeid mellom ulike instanser i kommunen: omsorgsseksjonen, ergo- og fysioterapitjenesten, Meløy frisklivssentral og Folkehelsesatsingen KRAFT. Forskerne påpekte imidlertid flere forhold som skapte utfordringer for implementering av Frisklivsdosetten. Begrenset grad av rammer og tilrettelegging for fagutvikling ute i avdelingene, nærvær av nærmeste leder, et primærkontaktsystem som ikke fungerer samt et høyt arbeidstempo og ustabilitet i arbeidsstokken ga i seg selv utfordringer for innføringen av prosjektet som del av arbeidshverdagen innenfor sykehjemmene (Anvik mfl., 2017, s.23). Ansatte som var involvert i prosjektet, ga også uttrykk for at det var mangel på tid til både å snakke om Frisklivsdosetten på avdelingene og å drive med fagutvikling. Ifølge enkelte ble Frisklivsdosetten heller ikke prioritert og kom for eksempel som siste post på fellesmøter på avdelingene. Det ble heller ikke alltid lagt godt nok til rette for oppgavene i Frisklivsdosetten (Anvik mfl. 2017, s. 21). Mange opplevde også utfordringer ved metodikken i seg selv. Den inneholdt begreper det var vanskelig å forstå, og verktøyene som skulle benyttes, var utilgjengelige. All skriftliggjøringen og rapporteringen som lå i metodikken, ble også i varierende grad opplevd som merbelastning og en tidstyv. For en del ansatte ble prosessen beskrevet som langt mer krevende enn det prosjektledelsen hadde planlagt og forutsett (Anvik mfl., 2017, s. 24). I rapporten kommer det i liten grad frem hvilke erfaringer de ansatte hadde med å samarbeide med frivillige, men det blir nevnt at frivillige i liten grad ble trukket med i prosjektets første fase.

7.3.6 SAMSKAPING OG BRUKERMEDVIRKNING

I en casestudie (Wittrock, Ingelsrud & Norvoll, 2020, s. 12) om implementering av hverdagsmestring i helse- og omsorgssektoren i to kommuner poengterer følgeforskerne:

- Ressurspersonene og arbeidsgruppen for hverdagsmestring har opplevd mindre støtte fra ledelsen enn de hadde forventet og savner anerkjennelse.
- Opplevelsen av tidspress er et problem for implementeringen av hverdagsmestring. Opplæring av brukeren er tidkrevende, og dette er det tilsynelatende ikke tatt tilstrekkelig høyde for. Ressursene synes ikke å være til stede for å få dette til på en effektiv måte.
- Medarbeiderne opplever ikke klar kommunikasjon om prioriteringen av hverdagsmestring.
- Det er uklart om prosjektet når ut til alle medarbeidere i førstelinjen.
- Det er uklart om innbyggerne forstår prosjektet og om det er en strategisk satsing for kommunene.
- Det knytter seg en rekke dilemmaer til hverdagsmestring, blant annet at den enkelte bruker må prøve det ut for å kunne vurdere det.
- Hverdagsmestring er ikke nødvendigvis i samsvar med brukernes og pårørendes forventninger til kommunenes servicetilbud og oppfatning av bistandsbehov.

På denne bakgrunn kom forskerne med flere anbefalinger til kommunene, og vi vil her trekke frem to:

1. Anbefalinger som gjaldt viktigheten av å tydeliggjøre hvilke prioriteringer som skal gjøres i forbindelse med prosjekter, særlig med hensyn til hva som skal prioriteres bort for å få til det ekstra arbeidet som prosjektet krever. Dataene tilsa også at konsekvensene for bemanning ikke har vært gjennomtenkt, dels hva angår personer i prosjektorganisasjonen, og dels hva angår ekstraarbeidet som hverdagsmestring krever til å begynne med. Forskerne mener at dette skaper tvil om prosjektet og gir medarbeiderne en følelse av at prosjektet kommer i tillegg til deres «normale» arbeid (Wittrock mfl., 2020, s. 15).
2. Anbefalinger som gjaldt selve riggingen av prosjektet. Under dette punktet anbefalte forskerne for det første at kommunene bør tenke på tjenesteinnovasjon og utviklingsprosjekter sammen med driften. For det andre må de lage eller ta i bruk et enkelt system for planlegging og rigging av utviklingsprosjekter der alle involverte interessenter (inkludert berørte mellomledere) tas med på råd i planlegging og utvikling av tiltak på en overskuelig måte. For det tredje må de lage eller ta i bruk et enkelt system der brukes (og i relevante tilfeller pårørendes) opplevelser kan tas med i utviklingen og justeringen av tiltak, slik at utilsiktede problemer unngås. For det fjerde må de skape eller ta i bruk et system for løpende tilbakemeldinger fra førstelinjen til budsjett- og beslutningsansvarlige om konsekvenser av igangsatte tiltak. Sist, men ikke minst, må det være en mekanisme for løpende justering av igangsatte tiltak og innføring av nye tiltak, gjerne inkludert brukernes oppfatning av tiltak.

7.4 ERFARINGER FRA UTLANDET

Våre søk i internasjonale forskningsdatabaser viste kun én relevant forskningsartikkel. Den handlet om utvikling, implementering og spredning av et videobasert informasjons- og kommunikasjonssystem («Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older people's Needs (the ACTION service)») (Magnusson & Hanson, 2012) for eldre i svenske kommuner. Hensikten med prosjektet var å vedlikeholde eller styrke autonomien, uavhengigheten og livskvaliteten til skrøpelige hjemmeboende eldre og deres omsorgspersoner. «The ACTION service» består av utvikling og implementering av IKT-basert informasjon, utdannings- og veiledningsprogram. I dette arbeidet ble det lagt stor vekt på samarbeid mellom brukere (ansatte i tjenestene, skrøpelige eldre og deres pårørende) og designere av digitaliseringsverktøyene samt kontinuerlig bruk av forskning). Da artikkelen kom ut i 2012, var det kun én av i alt 220 kommuner i Sverige hvor «the ACTION service» inngikk som en del av den vanlige driften. 25 kommuner var fortsatt i implementeringsfasen. Basert på 14 års erfaring med design og implementering av ACTION fremhever artikkelen barrierer og drivere når det gjelder hvordan den brukersentrerte designmodellen «the ACTION service» har blitt utviklet og omarbeidet i løpet av denne perioden, inkludert utvalg av metoder for å samarbeide med en rekke interessentgrupper på alle trinn i teknologioverføringsprosessen. Av suksesskriterier nevnes det at utdanningsprogrammet ble utviklet på grunnlag av eksisterende relevant, empirisk litteratur sammen med erfaringene og opplevelsene til eldre mennesker med kroniske sykdommer og deres omsorgspersoner. Tjenesten har i tillegg blitt evaluert positivt i mange kommuner i forskjellige deler av Sverige. På denne måten har «the ACTION service» vært i kontinuerlig utvikling basert på evaluering og tilbakemelding fra alle viktige interessentgrupper. En av de største barrierene for å sette tjenesten ut i drift viste seg å ha sammenheng med komplekse organisasjonsstrukturer samt at flere kommuner fant at modellen ikke var kostnadsbesparende.

Vi gjorde ikke søk i ulike søkemotorer for å finne internasjonal grå litteratur. Vi anså dette som for ressurs- og kostnadskrevende, da vi ikke har oversikt over hvilke kilder (for eksempel Helsedirektoratet, forskningscentre, universiteter, interesseorganisasjoner osv.) som ville vært hensiktsmessig å undersøke i andre land.

Vi antar at det finnes mange spennende internasjonale prosjekter som ville vært av interesse for de norske helse- og omsorgstjenestene, men en slik oversikt bør, slik vi ser det, gjøres som en egen kunnskapssoppsummering og i en mer avgrenset form.

VERKTØY OG RESSURSER

- Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke til og tilrettelegge for forskning https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2438302/forskningshandbok_240414.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Veikart for tjenesteinnovasjon <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon>
- Veikart for innovasjon av velferdsteknologi <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
- La oss gjøre det sammen. Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon <https://www.ks.no/contentassets/cc2dd10e4e054c768c0ffdbd9fa29384/handbok-for-samskaping.pdf>

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

9.1 TRENDER OG ESSENER

Samarbeid om innovasjon og forskning er vektlagt både i politiske føringer, lovverk og teori om offentlig innovasjon. Litteraturen vi har gjennomgått i denne kunnskapsoppsummeringen, viser at det er stor vilje til samarbeid om innovasjon og forskning. Videre ser vi at det har skjedd en økning de seneste årene, noe som nok kan ses i sammenheng med den sterke forskningspolitiske oppfordringen til kommuner og forskningsinstitusjoner om å forske med og ikke på. Likevel finner vi svært få beskrivelser av selve forskningssamarbeidet sett fra både kommunenes og forskernes side. Tematikken i prosjektene er i tråd med store nasjonale satsinger der kommunene har søkt og mottatt eksterne prosjektmidler, eksempelvis Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og der brukermedvirkning og samskaping er en forutsetning for tildeling av midler. Det som rapporteres, er resultater av igangsatt innovasjon og intervensjon i de enkelte prosjektene og en konklusjon med erfaringer som er gjort i kommunene. Utvikling, implementering og spredning av velferdsteknologi er temaer for de fleste prosjektene. Alle rapportene beskrev drivere og barrierer ved selve innføringen av ny teknologi. Dette er en egen problemstilling som ikke helt uproblematisk kan oppsummeres og besvares ut fra søkene vi har foretatt. Søkene har kun tatt med prosjekter som beskriver samarbeider med forskningsinstitusjoner, og har dermed utelatt mange utviklingsprosjekter om velferdsteknologi. For utdypende kunnskap om denne tematikken viser vi derfor til Omsorgsbibliotekets eget emne Velferdsteknologi¹¹.

Forsknings- og innovasjonsprosjektene blir beskrevet som samarbeidsprosjekter, men det kommer tydelig frem at både forskere og kommuner i stor grad har en tradisjonell rollefordeling der kommunene initierer prosjekter som de vil ha følgeforskning på. Fremtredende trekk er altså at rapportene tar opp hvordan arbeidet har foregått, og barrierer og drivere når det gjelder å nå målsettingen i prosjektet, men beskriver i svært liten grad hvordan samarbeidet rundt selve forskningen (metoden) og forskningsspørsmålene har foregått. Forskere kommer gjerne sent inn i innovasjonsprosessen, og rapportene handler sjelden om selve forskningssamarbeidet mellom kommunene og forskningsinstitusjonene. Til tross for at prosjektene blir definert som samarbeidsprosjekter, beskriver rapportene en opprettholdelse av tradisjonell rolleforståelse og rollefordeling mellom forskere og kommunene. Kommunene beskrives i større grad som tilretteleggere enn som aktive medforskere. Vi ser at det er flest samarbeid som kan plasseres på nivå fire (kommisjonærer) i Martins (2010) typologisering av samskaping i forskning. Samskaping på nivå fire og fem (kommisjonærer og medforskere) setter andre krav til både forskere og praktikere og kan dermed i seg selv betraktes som en innovasjon vi foreløpig har lite empirisk

¹¹ <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/velferdsteknologi>.

kunnskap om. For å få kunnskap om forskningssamarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner om innovasjon er det nødvendig med dokumentasjon på hvordan forskningssamarbeidet foregår, ikke bare på resultater på prosjektmål. En mulig løsning er at Norges forskningsråd, regionale forskningsfond og andre finansierer av forskning på innovasjon i kommunene utlyser prosjekter som tar for seg problemstillingen, eller at prosjektene som finansieres, forespør dokumentasjon på elementer i innovasjons- og forskningssamarbeidet sitt. Slike forskningsprosjekter eller dokumentasjon kan muliggjøre utvikling av mer kunnskap om hensiktsmessige rolleavklaringer, strukturer og organisering av innovasjons- og forskningssamarbeid i kommunene. I neste fase vil dette kunne bidra til økt innovasjons- og forskningskompetanse både i kommuner og i forskningsinstitusjoner.

REFERANSER

- Agarwal, R., Selen, W., Roos, G., et al. (2015). *The Handbook of Service Innovation*. London: Springer.
- Agger, A. & Sørensen, E. (2018). Managing collaborative innovation in public bureaucracies. *Planning Theory*, 17(1), 53–73. <https://doi.org/10.1177/1473095216672500>
- Alford, J. (2016). Co-production, Interdependence and Publicness: Extending Public Service-Dominant Logic. *Public Management Review*, 18(5), 673–691. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111659>
- Alvesson, M. & Sköldbeg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Sage Publications Ltd.
- Anvik, C.H, Waldahl, R.H. & Gjertsen, H. (2017). *Fra idé til aktiv hverdag? – En studie av implementeringen av innovasjon i sykehjem i Meløy*. Nordlandsforskning. Arbeidsnotat nr.: 1005/2017.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Askheim, O.P. & Høiseth, J.R. (2019). Medforskerrollen i spenningsfeltet mellom anerkjennelse, kooptering og «tokenisme»? I O.P. Askheim, I.M. Lid & S. Østensjø (red.), *Samproduksjon av forskning. Forskning med nye aktører* (s. 214–230). Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, O.P., Lid, I.M. & Østensjø, S. (2019). Samproduksjon i forskning – hva er det og hva innebærer det? I O.P. Askheim, I.M. Lid & S. Østensjø (red.), *Samproduksjon av forskning. Forskning med nye aktører* (s. 13–35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ausen, D., Svagård, I., Øderud, T., Sørensen, E. & Stanarevic, M. (2016). *Selvstendig, trygg og aktiv i Larvik. Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Larvik kommune*. SINTEF rapport.
- Bommert, B. (2010). Collaborative innovation in the public sector. *International public management review*, 11(1), 15–33.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (red.) (2009). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Boutilier, M., Mason, R. & Rootman, E. (1997). Community action and reflective practice in health promotion research. *Health Promotion International*, Oxford University Press, 12(1). <https://doi.org/10.1093/heapro/12.1.69>
- Colquhoun, H.L., Levac, D., O'Brien, K.K., Straus, S., Tricco, A.C., Perrier, L. & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291–1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>

- Czarniawska, B. & Joerges, B. (1996). Travels of ideas. I B. Czarniawska & G. Sevón (red.), *Translating organizational change*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Daudt, H.M., van Mossel, C. & Scott, S.J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>
- De Vries, H., Bekkers, V. & Tummers, L. (2016). Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. *Public Administration*, 94(1), 146–166. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/padm.12209>
- Difi (2018). *Innovasjonsbarometer i staten 2020*. <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/innovasjon/innovasjonsbarometer-staten-2018>
- Domecq, J.P., Prutsky, G., Elraiyah Wang, T.Z., Nabhan, M. & Shippee, N. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Service Research*, 4, 89.
- Eide, T., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Olafsen, A.H., Aaberge, A.H. & Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*. Skriftserien Nr. 13 Høgskolen i Sørøst-Norge. Vitensenteret helse og teknologi.
- Eines, T.F. & Lervik, I.L. (2012). Forskning kan føre til konflikt. Forskning og fagutvikling som har til hensikt å endre praksis kan medføre interessekonflikt. *Sykepleien*, 100(3), 68–69.
- Ekman, L. (2017). *Mobilisering for kommunal forskning, utvikling og innovasjon i Nord-Trøndelag*. TFOU-arbeidsnotat 2017:106 Trøndelag Forskning og Utvikling.
- Fabritius, M.K., Andrews, T. & Strømsvik, C.L. (2017). *Fra Perm til Pad. Følgforskning av Digipro Helse, et innovasjonsprosjekt i Salten*. Nordlandsforskning. Rapport nr. 6/2017.
- Fagerberg, J., Mowery, D.C. & Verspagen, B. (2009). The evolution of Norway's national innovation system. *Science and Public Policy*, 36, 431–444. <https://doi.org/10.3152/030234209X460944>
- Fagerberg, J., Martin, R.B. & Andersen, E.S. (2013). Innovation Studies: Towards a New Agenda. I J. Fagerberg, B.R. Martin & E.S. Andersen (red.), *Innovation Studies. Evolution & Future Challenges* (s. 1–17). Oxford: University Press.
- Forskningsrådet (2019a). *Felles kunnskapsbasert innsats for forskning og innovasjon. Årsrapport 2019*. https://www.forskningsradet.no/contentassets/ea67da73b45446b698ca8ac3ab5c179b/nfr_arsrapport-2019.pdf
- Forskningsrådet (2019b). *Programplan 2015–2024. Stort program – Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. <https://www.forskningsradet.no/contentassets/6d45731a23754do48744od1bbadoa9f2/helsevel-programplan-2015-2024-oppdaterert-2019.pdf>
- Fuglsang, L. & Sørensen, F. (2011). The balance between bricolage and innovation: management dilemmas in sustainable public innovation. *The Service Industries Journal*, 31(4), 581–595.

- Gallouj, F. & Savona, M. (2010). Towards a Theory of Innovation in Services: a state of the art. I F. Gallouj & F. Djellal (red.), *The Handbook of Innovation and Services. A Multi-disciplinary Perspective* (s. 27–48). Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Garman- Johnsen, N.F., Eikebrokk T.R., Helmersen, M. & Lindland, K. (2018). *Agder Living Lab. Hvordan lykkes med tjenesteinnovasjon i eHelse*. Agderforskning. Prosjektrapport nr. 1/2018.
- Grut, L. & Berntsen, K. (2018). *Jobb smartere! Utvikling av metodikk for læring i innovasjonspraksis for å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer*. 2018:01125 - Åpen. Sintef Digital Velferd.
- Guribye, E. & Mydland, T.S. (2019). *Portalen. Samskaping i rusomsorgen*. RAPPORT 18 – 2019. NORCE Samfunnsforskning.
- Harrison, M.B., & Graham, I.D. (2012). Roadmap for a Participatory Research-Practice Partnership to Implement Evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(4), 210–220. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00256.x>
- Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money & Management*, 25(1), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2005.00447.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999) Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven), vedtatt 01.01.2001. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Meld. St. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, vedtatt 24.06.2011 nr. 30. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a). *Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – Trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b). *Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer- kunnskap gir muligheter*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-18-20122013/id716040/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013c). *Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm20122013002900dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2013d). *Omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *HelseOmsorg21 – et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien*. https://www.regjeringen.no/contentassets/3dca75ce1b2c4e5da7f98775f3fd63ed/handlingsplan_ho21.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). *Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015c). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Rom for omsorg behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*. https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115_rom_for_omsorg.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Meld. St. 30 (2019–2020) En innovativ offentlig sektor — Kultur, ledelse og kompetanse*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- Hodgson, P. & Canvin, K. (2005). Translating health policy into research practice. I L.L. Lowes & I. Hulatt (red.), *Involving Service Users in Health and Social Care Research*. London: Routledge.
- International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) (2013). *What is Participatory Health Research? Position Paper no. 1*. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research.
- Johannesen, A, Natland, S. & Støkken, A.M. (red.) (2011). *Samarbeidsforskning i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kindon, S., Pain, R. & Kesby, M. (2010). Participatory Action Research. Origins, approaches and Methods. I S. Kindon, Pain, S. & Kesby, R. (red.), *Participatory Action Research Approaches and Methods*. London and New York: Routledge.
- Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) (2019). *Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)*. <https://www.ks.no/contentassets/44164e09a6bo46bebo4f469a67abe2ob/KSF-rapport-endig.pdf>
- KS (2020). *Innovasjonsbarometeret 2020*. <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-2020/innovasjonsbarometeret-2020-metodeskriv/>

- Lundvall, B.-Å. (2011). Økonomisk innovasjonsteori: Fra iværksettere til innovasjonssystemer. I E. Sørensen & J. Torfing (red.), *Samarbejdsdrevet innovasjon - i den offentlig sektor* (s. 41–57). København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Lundvall, B.-Å. (2013). Innovation Studies: A Personal Interpretation of “The State of the Art”. I J. Fagerberg, B. Martin & E.S. Andersen (red.), *Innovation Studies. Evolution & Future Challenges*. Oxford: University Press.
- Macaulay, A.C., Jagosh, J., Seller, R., Henderson, J., Cargo, M., Greenhalgh, T. & Pluye, P. (2011). Assessing the benefits of participatory research: a rationale for a realist review. *Global Health Promotion*, 18(2), 45–48. <https://doi.org/10.1177/1757975910383936>
- Magnusson, L. & Hanson, E. (2012). *Partnership working: The key to the AT-technology transfer process of the ACTION service (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older people's Needs) in Sweden*. Technology and Disability 24 219–232 IOS Press.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483–488.
- Martin, S. (2010). Co-production of social research: strategies for engaged scholarship. *Public Money & Management*, 30(4), 211–218.
- McIntyre, A. (2008). *Participatory Action Research. Qualitative Research Methods Series 52*. Los Angeles/London: SAGE publications.
- Moore, M.H. (2005). Break-Through Innovations and Continuous Improvement: Two Different Models of Innovative Processes in the Public Sector. *Public Money & Management*, 25(1), 43–50.
- Morrison, C. & Dearden, A. (2013). Beyond tokenistic participation: using representational artefacts to enable meaningful public participation in health service design. *Health Policy*, 112(3), 179–186.
- Mydland, T.S. & Kvanneid, A.J. (2019). *Likemannstjeneste i Stavanger. Samarbeid om oppfølging etter institusjonsbehandling for rusavhengighet*. RAPPORT 3 – 2019. NORCE Samfunnsforskning.
- NIFU (Norsk institutt for studier av forskning, innovasjon og utdanning) (2016). *Kartlegging av forskning og forskningsbasert innovasjon om og for kommunale helse- og omsorgstjenester*. <https://www.nifu.no/undersokelser/kartlegging-av-forskning-og-forskningsbasert-innovasjon-om-og-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/> 18.09.2020.
- NOU 2011: 11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- NOU 2005: 1 (2005). *God forskning – bedre helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-01/id389605/>
- Næss, G.B. (2013). *Helhetlige helsestjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune: sluttrapport - følgeforskning*. Rapport nr 102. Steinkjer 2015: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

- Osborne, S.P. & Brown, L. (2011). Innovation, public policy and public services delivery in the UK. The word that would be king? *Public Administration*, 89(4), 1335–1350.
- Osborne, S.P. & Brown, K. (2005). *Managing Change and Innovation in Public Service Organizations*. New York: Routledge.
- Pfeffer, J. & Sutton, R.I. (1999). *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*. Harvard Business School Press, Cambridge.
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>.
- Romslund, G.I., Milosavljevic, K.L. & Andreassen, T.A. (2019). Facilitating non-tokenistic user involvement in research. *Research Involvement and Engagement*, 5, 18, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0153-3>
- Rubalcaba, L. (2007). *The new service economy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Rycroft-Malone, J., Wilkinson, J.E., Burton, C.R., Andrews, G., Ariss, S., Baker, R. & Thompson, C. (2011). Implementing health research through academic and clinical partnerships: a realistic evaluation of the Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC). *Implementation Science*, 6. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-74>
- Rycroft-Malone, J., Burton, C.R., Bucknall, T., Graham, I.D., Hutchinson, A.M. & Stacey, D. (2016). Collaboration and co-production of knowledge in healthcare: opportunities and challenges. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(4), 221.
- Røe, M., Woods, R. & Jæger, I. (2014). *Stolt beboer. Folk og hus i Tollåsenga*. NTNU: Samfunnsforskning.
- Røhne, M., Svagård, I. & Holmesland, M. (2016). *Effekt av trygghetspakker. Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Lister-regionen*. SINTEF IKT. SINTEF A27917.
- Røste, R., Røhnebæk, M., Rønning, R. & Koch, P. (2020). Innovasjon i offentlig sektor – en forskningsagenda i fremvekst. *Forskningsspolitikk. Fagbladet for forskning, høyere utdanning og innovasjon*, 43(2).
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Salsberg, J., Parry, D., Pluye, P., Macridis, S., Herbert, C.P. & Macaulay, A.C. (2015). Successful Strategies to Engage Research Partners for Translating Evidence into Action in Community Health: A Critical Review. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1155/2015/191856>
- Schumpeter, J.A. (1934). *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Schumpeter, J.A. (1942). *Capitalism, Socialism and Democracy*. London: Allen & Unwin.
- Slettebø, T. & Seim, S. (2016). Forsknings sirkler som grunnlag for kompetanseutvikling i praksis og utdanning. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, (03–04), 184–199.

- Snow, M.E., Tweedie, K. & Pederson, A. (2018). Heard and valued: the development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning. *BMC Health Services*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2969-1>
- Starrin, B. (2007). Empowerment som forskningsstrategi – Eksemplet deltakerbasert forskning. I O.P. Askheim & B. Starrin (red.), *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sveriges kommuner och Landsting (2016). *Utanför det kadamiske rummet. Forskning-utvecklings-och innovationsmiljöer i praktiken*. Malmö: Printhuset Elektra AB
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, 43(8), 842–868.
- Toivonen, M. (2010). Different types of innovation processes in services and their organisational implications. I F. Gallouj & F. Djellal (red.), *The Handbook of Innovation and Services: A Multi-disciplinary Perspective*. Cheltenham Edward Elgar.
- Torfing, J., Sørensen, E. & Aagaard, P. (2014). Samarbejdsdrevet innovation i praksis: en introduktion. I P. Aagaard, E. Sørensen & J. Torfing (red.), *Samarbejdsdrevet innovation i praksis* (s. 15–36). København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Torfing, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2016). Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits, and Ways Forward. *Administration & Society*, 51(5), 795–825. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>
- Torfing, J. & Triantafillou, P. (2016). *Enhancing Public Innovation by Transforming Public Governance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vargo, S.L. & Lusch, R.F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1), 1–17. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>
- Vargo, S.L. & Lusch, R.F. (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11747-007-0069-6>
- Westerlund, H. & Bjørgen, D. (2011). *Ressurshefte. Samarbeid mellom forsknings- og brukermiljøer*. Porsgrunn: erfaringskompetanse.no 2011:4.
- Whittemore, R, Chase, S.K. & Mandle, C.L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522–537.
- Wiig O., Rørstad, P. & Børing, K. (2016). *Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegging av ressursinnsats og resultater*. NIFU-rapport 2016:32. NIFU, Oslo.
- Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. I P. Windrum & P. Koch (red.), *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management* (s. 3–20). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Winter, R. & Munn-Giddings, C. (red.) (2001). *A handbook for action research in health and social care*. London: Routledge.

Wittrock, C., Ingelsrud, M.H. & Norvoll, R. (2020). *Ledelse og organisering av innovasjonsprosesser i Gran og Lunner kommuner. En casestudie av implementering av hverdagsmestring i helse og omsorg*. Oslo Metropolitan University. AFI-rapport nummer:2020.02.

VEDLEGG: 1

VEDLEGG 1

SØKESTRATEGI OG SØKESTRENG

Det ble brukt følgende søkestrategi:

Populasjon	Populasjon	Fenomen	Aspekter av fenomenen	Tjenester	Eksklusjon? Emnet omfatter ikke	Land
Forskningsinstitusjoner Universiteter, høyskoler UH-sektoren Institutt-sektoren Kompetanse- sentre	Kommuner Omsorgs-sektoren	Innovasjon innovasjonsprosjekt innovasjonsprosess samarbeidsdrevet innovasjon, medar- beiderdrevet innovasjon, forsker- drevet innovasjon, sosial innovasjon, produktinnovasjon, tjenesteinnovasjon, organisasjonsinno- vasjon, implementering, utvikling, iverksetting, forskning, evidens- basert, følgeforskning, evalueringer, omsorgs- forskning, omsorgs- tjenesteforskning	Samarbeid medvirkning, støtte, samspill, bidrag, teamarbeid samhandling, samska- pelse, samskaping, deltakelse, rolle	Omsorgstjenester hjemmetjenester, praktisk bistand, «brukerstyrt personlig assistent», tilrettelagte tjenester, avlastnings- tiltak, støttekontakt, omsorgslønn, hverdags- rehabilitering, kvali- tetsarbeid, eldreomsorg, yngreomsorg, verne- pleie, miljøarbeid, aktivitetstilbud/-tiltak, tidligintervensjon, rusomsorg, velferdstek- nologi, trygghetsalarm, matombringning, matglede, sykehjem, individuell plan, koordi- nator, ansvarsgruppe	kommunale helse- tjenester, primærhelse- tjenesten, fastlegeord- ningen, tannhelse mm. omsorgstjenester utført i spesialisthel- setjenesten, i barne- og familievernet, tannhelsestjenesten samt i arbeids- og velferdstjenestene	Norge Sverige Danmark Island Finland Norden Skandinavia

Populasjon	Populasjon	Fenomen	Aspekter av fenomen	Tjenester	Eksklusjon? Emnet omfatter ikke	Land
Research institutions Universities Academies research institutes	Municipality Municipal Local government Community health care	Innovation innovation project, innovation process, collaborative innovation, employee driven innovation, research-driven innovation, social innovation, product innovation, service innovation, organi- zational innovation, implementation, development, implementation research, eviden- ce-based, follow-up research, evaluations, care research, care services research	Community-based participatory research Collaboration Cooperation, co-pro- duction, interaction, co-creation roles participation, support, interaction, contribu- tions teamwork interaction, role	Home health care Home care services Nursing homes Homes for the aged e-health telemedicine telehealth assistive technology assistive devices smart home smart care intelligent home self-help devices mhealth mobile health medical informatics ambulatory monitoring rehabilitation collaborative care research, municipal care services, home services, practical assistance, user-managed personal assistant, welfare techn- ology, security alarm, food relocation, nursing home Public-private partnership	municipal health services, primary health services, general medical care, dental health, etc. care services performed in the specialist health service, the child and family protection, the dental health service, the labor and welfare services	Norway Sweden Denmark Iceland Finland Nordic countries Scandinavia

Søkestreng i databasene:

(«research institutions» OR «academies and institutes» OR «research institutes») AND («local government» OR «community health services») AND (innovation OR «innovation project» OR «innovation process» OR «collaborative innovation» OR «employee driven innovation» OR «research driven innovation» OR «social innovation» OR «product innovation» OR «service innovation» OR «organisational innovation» OR implementation OR development OR research OR «evidence-based» OR «follow-up» OR evaluations OR «care research» OR «care services research») AND («community-based participatory research» OR collaboration OR «intersectoral collaboration» OR cooperation OR «cooperative behavior» OR «co-production» OR interaction OR «co-creation roles» OR support OR contribution OR teamwork OR role) AND («home health care» OR «home care services» OR «nursing homes» OR «homes for the aged» OR telemedicine OR «self-help devices» OR «assistive technology devices» OR «monitoring, ambulatory» OR «ambulatory monitoring» OR «smart homes» OR «smart care» OR «intelligent home» OR rehabilitation OR «collaborative care research» OR «municipal care services» OR «home services» OR «practical assistance» OR «user managed personal assistance» OR «welfare technology» OR «security alarm» OR «food relocation» OR «public-private sector partnerships») AND (norway OR sweden OR denmark OR finland OR «nordic countries» OR «scandinavian and nordic countries» OR scandinavia)

VEDLEGG II

Inkluderte vitenskapelige publikasjoner og forskningsrapporter (grå litteratur) (N=25)

1. Anvik, C.H., Waldahl, R.W. & Gjertsen, H. (2017). *Fra idé til aktiv hverdag? En studie av implementeringen av innovasjon i sykehjem i Meløy*. Nordlandsforskning. Arbeidsnotat nr.: 1005/2017 ISSN-NR: 0804-1873 Prosjektnr: 1510 http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/1316275-1496049303/Dokumenter/Arbeidsnotater/2017/NF-notat%201005_2017.pdf
2. Ausen, D., Austad, H.O., Svagård, I. (SINTEF Digital), Dypvik, A., Tjønnås, M.S., Rohde, T., Halvorsen, T. (SINTEF Teknologi og samfunn), Halvorsen, M.R., Tronsen, T. & Tor, T. (Helseetaten) (2017). *Utvikling og Implementering av digital samhandling og oppgavestøtte på KAD*. Sluttrapport. SINTEF. Rapport nr: 2017:00881. ISBN nr.: 978-82-14-06599-2 https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/sluttrapport-samkad_sintef-2017-00881.pdf/
3. Ausen, D., Svagård, I., Dahl, Y. (SINTEF Digital), Bøthun, S., Øderud, T., Dale, Ø., Grut, L. (SINTEF Teknologi og samfunn), Landmark, B., Eriksen, S. (Drammen kommune), Fossberg, A.B., Nyiredi, J., Husebø, I., Standal, K. (Bærum kommune), Brørs, K.F., Nervik, C., Isbrekken, I., Johnsen, M., Borgen, K. (Trondheim kommune), Jelsma, R., Berg, T.M., Andersson, S.I.S. (Bjugn kommune), Flenstad, G., Bratseth, E. (Åfjord kommune) & Holthe, T. (Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse) (2016). *Utvikling av tjenestemodell for bruk av GPS i demensomsorgen SINTEF*. SINTEF-rapport. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2421431/SINTEF%2bA27935.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
4. Ausen, D. (SINTEF Digital), Øderud, T., Grut, L. (SINTEF Teknologi og samfunn), Gottschal, E., Onsrud, K., Skyer, T.H., Sivertsen, H., Heldal, A.L. & Omland, M. (Skien kommune) (2017). *Vi er stolt men inte nøyd, erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Skien kommune*. Rapport. SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2440648/SINTEF%2bA28137.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Ausen, D., Svagård, I. (SINTEF IKT), Øderud, T. (SINTEF Teknologi og samfunn), Sørensen, E. & Stanarevic, M. (Larvik kommune) (2016). *Selvstendig, aktiv og trygg i Larvik. Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Larvik kommune SINTEF*. SINTEF-rapport https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/selvstendig-trygg-og-aktiv-i-larvik_sintef-rapport-samveis.pdf/
6. Bjørkquist, C., Forss, M., Holone, H. & Samuelson, F. (2017). *Innovasjonsreisen – innføring av digitale trygghetsalarmer på veien mot Helsevakt Følgeforskning i Fredrikstad kommune*. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2017:3 [https://www.researchgate.net/publication/314094217-Innovasjonsreisen - innforing av digitale trygghetsalarmer pa veien mot Helsevakt Folgeforskning i Fredrikstad kommune](https://www.researchgate.net/publication/314094217-Innovasjonsreisen_-_innforing_av_digitale_trygghetsalarmer_pa_veien_mot_Helsevakt_Folgeforskning_i_Fredrikstad_kommune)
7. Boysen, E.S. & Støle, N. (2016). *Erfaringer og funn fra pilotering av velferdsteknologi i Stavanger kommune*. SINTEF. SINTEF-rapport <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2421431/SINTEF%2bA27935.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

8. Brox, E., Kummervold, P.E., Bye, G., Ellingsen, M.-B. & Waldahl, R.H. (2018) *Teknologi til fallforebygging. Prosjektrapport Falltek*. Norut. Norut-rapport nr. 11/2018 ISBN 978-82-7492-410-9 https://nforsk.brage.unit.no/nforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2598109/Norut_rapport_11-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Eide, T., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Olafsen, A.H., Aaberge, A.H. & Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune. Skriftserien Nr. 13*. Høgskolen i Sørøst-Norge. Vitensenteret helse og teknologi. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2583361>
10. Ekman, L. (2017). *Mobilisering for kommunal forskning, utvikling og innovasjon i Nord-Trøndelag. TFoU-arbeidsnotat 2017:106*. Trøndelag Forskning og Utvikling. <https://tfou.no/publikasjoner/mobilisering-for-kommunal-forskning-utvikling-og-innovasjonsarbeid-i-nord-trondelag/>
11. Fabritius, M.K., Andrews, T. & Strømsvik, C.L. (2017). *Fra perm til pad – følgeforskning av digipro helse, et innovasjonsprosjekt i Salten*. Nordlandsforskning. NF rapport nr: 6/2017 ISBN nr: 978-82-7321-707-3 ISSN-nr: 0805-4460 http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/1319660-1507877394/Dokumenter/Rapporter/2017/NF%206_2017.pdf
12. Garman-Johnsen, N.F., Eikebrokk, T.R., Helmersen, M. & Lindland, K. (2018). *Agder Living Lab. Hvordan lykkes med tjenesteinnovasjon i eHelse*. Agderforskning. Prosjektrapport nr. 1/2018.
13. Gjællebæk, C., Samuelson, F. & Winther, R. (2019). *Forskningsrapport. Prosjekt Virtuell kortidsavdeling i Halden kommune*. Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport 2019:1 <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2583252/Hefte1-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Guribye, E. & Mydland, T.S. (2019). *Portalen. Samskaping i rusomsorgen. RAPPORT 18 – 2019*. NORCE Samfunnsforskning. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2622200>
15. Grut, L. & Berntsen, K. (2018). *Jobb smartere! Utvikling av metodikk for læring i innovasjonspraksis for å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer*. 2018:01125 - Åpen. SINTEF Digital Velferd. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=CRISStin+1653947>
16. Grut, L. (SINTEF Teknologi og samfunn), Fauske, A.L.B. (Horten kommune) & Kraver, I.J. (Høgskolen i Sørøst-Norge) (2016). *Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten. Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune*. SINTEF. SINTEF-rapport https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27853-kunnskapsstatus-horten_ruteplanlegging.pdf
17. Lo, C. & Waldahl, R.H. (2017). *20% teknologi? Digitalisering av pleie og omsorgstjenestene i Bodø kommune*. Nordlandsforskning. Arbeidsnotat nr.: 1004/2017 ISSN-NR: 0804-1873 Prosjektnr: 1585. <http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/1316229-1495522540/Dokumenter/Arbeidsnotater/2017/NF-notat%201004-1017.pdf>
18. Magnusson, L. & Hanson, E. (2012). Partnership working: The key to the AT-technology transfer process of the ACTION service (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older people's Needs) in Sweden. *Technology and Disability*, 24, 219–232 IOS Press. <https://doi.org/10.3233/TAD-2012-035>

19. Mydland, T.S. & Kvanneid, A.J. (2019). *Likemannstjeneste i Stavanger. Samarbeid om oppfølging etter institusjonsbehandling for rusavhengighet. RAPPORT 3 – 2019*. NORCE Samfunnsforskning. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2621188>
20. Nilsen, E., Dugstad, J., Eide, H., Eide, T., Eikebrokk, T.R., Gullslet, M.K., Meum, T.T., Moe, C.E. & Stendal, K. (2017). *Digitalt tilsyn – en reise i samhandling og samskaping*. Rapport fra forskningsprosjektet «Implementation of welfare technology. Digital surveillance in municipalities and its impact on innovation of services and organization». Høgskolen i Sørøst- Norge. Skriftserien nr. 16. https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2462955/2017_16_Nilsen_Digitalt.pdf?sequence=5&isAllowed=y
21. Nordtug, B., Aasa, H.M. & Myren, G.E.S. (2015). *Implementering av velferdsteknologi. En kvalitativ studie: Hvilke nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste*. Rapport. Senter for omsorgsforskning, Midt- Norge. Rapportserie nr. 1 <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2599250/Nordtug.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Næss, G.B. (2013). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune: sluttrapport – følgeforskning*. Rapport nr 102. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/handle/11250/282190>
23. Røe, M., Woods, R. & Jæger, I. (2014). *Stolt beboer. Folk og hus i Tollåsenga*. NTNU Samfunnsforskning. <https://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/Stolt-beboer.aspx>
24. Røhne, M., Ausen, D. (SINTEF IKT), Larsen, I. & Solberg, E. (Bergen kommune) (2016). *Trygghets- og mestringsteknologier i Bergen*. Rapport SINTEF RAPPORT NR.: A27916 ISBN NR: 9788214061444 <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27916-folgeforskning-samveis-bergen-2016.pdf/>
25. Røhne, M., Svagård, I.S. & Holmesland, M. (2016). *Effekt av trygghetspakker. Erfaringer fra velferdsteknologi-prosjektet i Lister regionen*. SINTEF. SINTEF-rapport. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27917-samveis-lister-2016-web---final.pdf/>

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om kommunal medvirkning i forskning og innovasjon. Siv Magnussen, Nina Beate Andfossen og Gry Cecilie Lunder Høiland har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om emnet og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Brukermedvirkning i demensomsorgen**
Rita Sørly,
Senter for omsorgsforskning, nord
- **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen,
Senter for omsorgsforskning, nord
- **Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgstjenestene**
Liv Jorunn Solstad og Tobba Therkildsen
Sudmann, Senter for omsorgsforskning, vest
- **Innvandrere og brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene**
Monika Dybdahl Jakobsen og Ragnhild Storstein
Spilker, Senter for omsorgsforskning, nord