

RAPPORT

2023

«Mot et kunnskapsstøttesystem for kommunene»

- Beskrivelse og erfaringer med modellutprøvinger

«Mot et kunnskapsstøttesystem for kommunene»

- Beskrivelse og erfaringer med modellutprøvinger



Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for helsetjenester
Klynge for vurdering av tiltak

Høgskolen på Vestlandet
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Senter for omsorgsforskning

Bergen kommune
Byrådsavdelingen for helse og omsorg
Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest

Stavanger kommune
Forskningsseksjonen
Klyngesamarbeidet for forskning innen helse- og velferdstjenester i Sør-Rogaland

Juni 2023

Tittel:

«Mot et kunnskapsstøttesystem for kommunene» - Beskrivelse og erfaringer med modellutprøvinger

Forfattere:

Maria Bjerk, Oddvar Førland, Lars Jørun Langøien, Herdis Moldøyen, Cille Sevid

ISBN: 978-82-8406-386-7

Forord

Lokale og sentrale myndigheter satt søkelys på behovet for et «kunnskapsløft» for kommunene. Et sentralt element i dette er å utvikle kunnskapsstøttesystemer som kan bidra til et slikt kunnskapsløft. Rapporten du nå leser beskriver to utprøvinger (modeller) for et slikt kunnskapsstøttesystem. En har foregått i klyngesamarbeidet [Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest](#) ('Kunnskapssystem for kommunene') og en i klyngesamarbeidet for Sør-Rogaland ('Kunnskapsbroen').

Hensikten med rapporten er å beskrive disse to modellene og dele erfaringer som er gjort både fra kommunene og forskningsinstitusjonene slik at dette kan komme til nytte i andre regioner, kommuneklynger og enkeltkommuner. Mot slutten av rapporten oppsummerer vi de viktigste momentene fra rapporten og diskuterer hva vi mener det er viktig å arbeide videre med for å kunne oppskalere til varig løsning for kunnskapsstøtte.

Forfatterne av rapporten representerer både kommuner (Stavanger og Bergen) og forskningsinstitusjoner (Folkehelseinstituttet og Høgskulen på Vestlandet). Vi ønsker å takke alle dem som har tatt del i utprøvingene lokalt i kommunene og kommuneklyngene. Videre vil vi takke deltakerne i prosjektgruppen 'Kunnskapssystem for kommunene': Lars Bergesen, Birgitte Graverholt, Nina Rydland Olsen, Evy Gangstø Steinseide, Marianne Hauge Wennersberg, Heinz Thomas Diehl og Thomas Potrebny. Takk til Kåre Birger Hagen, Lillebeth Larun, Ingvild Kirkehei, Patricia Sofia Jacobsen Jardim, Hanna Eikås Klem, Eva Denison, Kristin Thuve Dahm, Tonje Lehne Refsdal og Helene Arentz-Hansen ved Folkehelseinstituttet som har bidratt både med arbeid rettet mot kommunene og innspill til rapporten. Takk til Solveig Sundt, Bente Gunnarshaug og Ståle Opedal for innspill knyttet til 'Kunnskapsbroen', og til alle som har deltatt i arbeidet med prosjektet i Sør-Rogaland. Takk også til Hedda Eilertsen Barvik og Otto Christian Dahl i KS for verdifulle kommentarer.

Vi håper rapporten kan gi inspirasjon og innspill til videre arbeid med å utvikle og tilpasse lokale kunnskapsstøttemodeller som kan bidra til et kunnskapsløft for kommunene.

Juni 2023, Oslo, Bergen og Stavanger.

Maria Bjerk (Folkehelseinstituttet), Oddvar Førland (Høgskulen på Vestlandet/Senter for omsorgsforskning), Lars Jørun Langøien (Folkehelseinstituttet), Herdis Moldøen (Bergen kommune) og Cille Sevild (Stavanger kommune)

Liste over forkortelser:

MMV: Mini-metodevurdering

EtD: Evidence to Decision frameworks

KSF: Kommunenes strategiske forskningsorgan

KS: Kommunesektorens organisasjon

FHI: Folkehelseinstituttet

KTB: Kunnskap til beslutning

KBP: Kunnskapsbasert praksis

FOUSAM: FoU-enhet for samhandling mellom Helse Fonna helseforetak og 16 kommuner

HVL: Høgskulen på Vestlandet

NFR: Norges forskningsråd

PICO: P=Populasjon/problem, I=Intervensjon/eksponering, C=Comparison/sammenligning og O= Outcome/utfall

PICo: P=Population, I=phenomen of Interest (synspunkter, holdninger til, erfaringer etc.) og C=Context

TRANSFER: The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

USHT: Utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem

FoU: Forskning og utvikling

AU: Arbeidsutvalget

Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Skjema arbeidsflyt

Vedlegg 2: Veileder samtale 1

Vedlegg 3: Veileder samtale 2

Vedlegg 4: Veileder for å skrive forskningsomtale

Vedlegg 5: Veileder samtale 3

Vedlegg 6: Veileder innledende søk

Vedlegg 7: Veileder samtale 4

Vedlegg 8: Skjema Mini-metodevurdering

Vedlegg 9: Sluttevalueringer forskningsomtale og mini-metodevurdering

Vedlegg 10: Oversikt sluttevaluering fra oppdrag 2021-2023

Innhold

Forord	3
Liste over forkortelser:	4
Liste over vedlegg:	5
Sammendrag	9
Bakgrunn	11
Modell 1: Utprøving av 'Kunnskapssystem for kommunene' i kommuneklyngen Kunnskapskommunen Helse Omsorg vest	13
Modellbeskrivelse _____	13
Bakgrunn _____	13
Prosesskart _____	13
Fase 1: Innmelding av forslag og prioritering av kunnskapsbehov _____	14
Fase 2: Skrivning og formidling av forskningsomtaler med tilhørende samtaler mellom kommuneansatte og forskere _____	16
Samarbeid mellom forskere og kommuneansatte _____	16
Samtalerekke og utarbeidelse av forskningsomtalen _____	16
Samarbeid med bibliotekarer _____	18
Fase 3: Forskningsomtalen i bruk – kunnskapsgrunnlag og beslutningsstøtte _____	19
Kunnskapsgrunnlag til planarbeid _____	19
Fagseminar internt i kommunen _____	19
Video til kompetanseheving _____	19
Kunnskap til beslutning _____	19
Mini-metodevurdering (MMV) for kommuner _____	20
Fase 4: Videreformidling og sluttevaluering _____	22
Publisering _____	22
Informasjon til faglige nettverk _____	22
Samarbeid med fagtidsskrift _____	22
Formidlingsseminar _____	22
Presentasjoner på aktuelle konferanser og møter _____	22
Sluttevaluering _____	23
Metodestøtte for forskere og kommuner _____	23
Oppdrag i prosjektet _____	25
2019-2020 _____	25
2021-2023 _____	25
Erfaringer med modell 1	29
Ressursbruk i forhold til nytte _____	29
Innmelding og prioritering av oppdrag _____	30
Nytteverdi for hvem: Målgruppe og mottaker _____	31

Samarbeid med kommuner _____	32
Samarbeid mellom forskningsinstitusjoner _____	33
Forankring på ulike nivåer _____	33
Kompetanse og kompetanseutvikling _____	34
Teamarbeid og metode _____	35
Publisering og formidling _____	37
Modell 2: Utprøving av 'Kunnskapsbroen,' klyngesamarbeidet for Sør-Rogaland	39
Modellbeskrivelse _____	39
Bakgrunn, hensikt og overordnet mål _____	40
Kunnskapsbasert praksis (KBP) _____	40
Kunnskapsbroen – beskrivelse av prosjektet og hva som har skjedd _____	41
Refleksjonsgruppen _____	41
Fagklyngen _____	42
Forskergruppen _____	42
Forskningsbehov _____	44
Erfaringer med modell 2	45
Refleksjonsgruppene _____	45
Fagklyngen _____	45
Forskergruppen _____	46
Arbeidsutvalget (AU) i Klyngesamarbeidet for forskning i Sør-Rogaland _____	47
Oppsummering av de to modellene	48
Fokus i «kunnskapssystem for kommunene» _____	48
Fokus i «kunnskapsbroen» _____	48
Er det behov for en modell, begge modellene, eller en syntese? _____	48
Oppskalering av kunnskapsstøtte til alle landets kommuner	49
Forankring og organisering _____	49
Ressursbruk og finansiering _____	50
Kompetansebehov _____	50
Formidling _____	51
Konklusjon	52
Referanser.....	53
Vedlegg 1: Skjema arbeidsflyt.....	54
Vedlegg 2: Veileder samtale 1	56
Vedlegg 3: Veileder samtale 2	58
Vedlegg 4: Veileder for å skrive forskningsomtale.....	60

<i>Vedlegg 5: Veileder samtale 3</i>	<i>62</i>
<i>Vedlegg 6: Veileder innledende søk.</i>	<i>64</i>
<i>Vedlegg 7: Veileder samtale 4</i>	<i>69</i>
<i>Vedlegg 8: Skjema Mini-metodevurdering</i>	<i>71</i>
<i>Vedlegg 9: Sluttevalueringer forskningsomtale og mini-metodevurdering.....</i>	<i>84</i>
<i>Vedlegg 10: Oversikt sluttevaluering oppdrag fra periode 2021-2023.....</i>	<i>90</i>

Sammendrag

Helsepersonell, administrativ ledelse og politikere i kommunene trenger et godt kunnskapsgrunnlag for valg og beslutninger om tiltak og tjenester. Gode faglige beslutninger bør være basert på brukererfaringer, ansattes erfaringer, lokale forhold og forskningsbasert kunnskap. For ansatte i kommunen kan det imidlertid være utfordrende å innhente og anvende forskningsbasert kunnskap.

Utvikling av et system for kunnskapsstøtte til helse- og omsorgstjenester i kommunene trekkes fram som en viktig myndighetsoppgave, blant annet i stortingsmeldingen «Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten» (Meld. St. 38 (2020–2021). Selv om det finnes en rekke regionale og nasjonale ressurs- og kompetansesentre savnes det ofte lokale samarbeidsstrukturer som fremmer at forskning faktisk tas i bruk som et kunnskapsgrunnlag. De to modellene som presenteres i denne rapporten har utviklet og pilotert slike samarbeidsstrukturer. Formålet har vært å utvikle metodikk for systematisk innhenting og anvendelse av forskning ut fra kommuners behov, med mulighet for oppskalering og videreutvikling til andre kommuneklynger, regioner og nasjonalt.

Den ene modellen, «*Et kunnskapssystem for kommunene*», har vært prøvd ut i kommuneklyngen Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest i Bergensregionen. Den tar utgangspunkt i kommuneansattes formuleringer av behov for forskningsbasert kunnskap i tjenestene. I dialog med bibliotekarer og forskere identifiserer forskerne relevante forskningspublikasjoner og skriver forskningsomtaler av disse på norsk, tilpasset forslagsstillers bestilling. Forskerne bistår med veiledning og verktøy for kommunenes beslutningsprosesser og implementering. Forskningsomtalen fungerer da som et reelt beslutningsgrunnlag for tjenestene, sammen med deres hensyn til brukererfaringer, ansattes erfaringer og lokale forhold.

Den andre modellen, «*Kunnskapsbroen*», har vært prøvd ut i Stavanger kommune og klyngesamarbeidet i Sør-Rogaland. Denne modellen vektlegger også praksisfeltets formulering av egne kunnskapsbehov. I tillegg legges det strukturer for å øke deres kollektive kompetanse i kunnskapsbasert praksis, med hovedvekt på bruk av forskningsbasert kunnskap. Målet har vært å utvikle og bygge opp erfaring med å identifisere og formulere kunnskapsbehov innenfor tjenesteområdene. Modellen har bidratt til dette og til å bygge opp forskningsrelevant kompetanse i de involverte kommunene.

Begge modellutprøvingene har vært utforskende og blitt gjennomført i tett samarbeid med de involverte kommunene og kommuneklyngene. Tilbakemeldinger fra kommunene i prosjektperioden er i hovedsak gode, men det er også rom for videreutvikling. Vår vurdering er at verktøyene for bestilling av kunnskapsoppsummeringer og for støtte til beslutning må være enkle, på norsk, forklart i klart språk og tilpasset kommunale behov.

Det er videre vår vurdering at en spredning og oppskalering modellene vil avhenge av at det bygges faste kunnskapsinfrastrukturer lokalt, regionalt og nasjonalt. Å etablere slike strukturer avhenger av tilførte ressurser, enten ved at samarbeidsaktørene (kommunene og utdannings- og forskningsinstitusjonene) prioriterer egne ressurser til dette, eller at det tilføres nye ressurser.

De to modellene er blitt utviklet parallelt med etableringen av KSF Vest og med støtte derfra. KS har siden 2020 ledet arbeidet med å utvikle et kunnskapssystem for kommunene, kalt Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) som bygger på en utredning fra et utvalg nedsatt av HelseOmsorg21-rådet. Vi mener det er viktig at modellene som skisseres i vår rapport bygges inn i en regional og nasjonal struktur for kommunal kunnskapsstøtte. Strukturen som foreslås i KSF-rapporten kan være et lovende utgangspunkt for dette, men bør videreutvikles. Dette må uansett

forankres i hver av de deltakende kommunene og i forskningsinstitusjonene for å sikre eierskap. Videre vil de eksisterende nasjonale kompetansesentrene innenfor helse, sosial og omsorgstjenester og eventuelt også et nasjonalt koordinerende organ være viktig for å veilede og kvalitetssikre det metodiske arbeidet, samt formidle kunnskap *mellom* kommuner og forskere.

Bakgrunn

Utviklingen av et system for kunnskapsstøtte til kommunale helse- og omsorgstjenester trekkes frem som en viktig satsning for å kunne gi kommunene et grunnlag for å ta beslutninger i tråd med prioriteringskriteriene (Meld. St. 38 (2020–2021)). Den offentlige utredningen «Tid for handling» fra Helsepersonellkommissjonen viser til at det er få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder utvikling, formidling og bruk av forskning (NOU 2023: 4). Kommunene har et bredt samfunnsoppdrag knyttet til å bidra til folkehelse og yte helse- og omsorgstjenester. For å gi best mulige tjenester til innbyggerne trenger de gode systemer for å arbeide kunnskapsbasert. Å arbeide kunnskapsbasert vil si å ta beslutninger basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, ansattes erfaringsbaserte kunnskap og brukernes erfaringer, verdier og preferanser (Nortvedt et al., 2021). Disse tre formene for kunnskap utfyller hverandre og kobles sammen i profesjonsutøveres og lederes beslutninger og praksis. I slike beslutninger er utøvelse av skjønn nødvendig. Når generelle faglige retningslinjer og anbefalinger basert på forskning anvendes i nye og konkrete kontekster og situasjoner utøves det faglig skjønn der forskningsbasert kunnskap sammenkobles med ansattes og brukeres erfaringer. Slikt faglig skjønn er en forutsetning for individualisert behandling (Terum & Grimen, 2009).

Et kunnskapsstøttesystem for kommunene kan ikke kopieres fra tilsvarende system i spesialisthelsetjenesten ettersom de to har ulike faglige mål og rammebetingelser. Mens spesialisthelsetjenesten ofte har fokus på ett problem om gangen, er diagnoserettet og har en kortere planleggingshorisont, så er helse- og omsorgstjenestene i kommunene mer rettet mot hele spekteret av pasientens problemer og dagliglivets funksjoner og har dessuten en intensiv og gjerne daglig oppfølging over lang tid (Grimsmo, 2018). Dette gjør at et kunnskapssystem for kommunen må tilpasses og skreddersys slike rammer og behov. Like fullt kan det dra veksler fra og lære av tilsvarende modeller fra spesialisthelsetjenesten.

Utfordringene kommunen står i med nye oppgaver, nye medisinske og teknologiske muligheter og økende behov for helse- og omsorgstjenester, omstilling og strammere budsjetter krever kunnskapsbaserte prioriteringer (NOU 2023: 4). Både helsepersonell, administrativ ledelse og politikere trenger et godt kunnskapsgrunnlag for utvikling av de viktige oppgavene i kommunene. Forskningsbasert kunnskap, sammen med de ansattes og brukernes erfaringer, er helt nødvendig for å treffe gode beslutninger i helse- og omsorgstjenestene. Samtidig øker omfanget av forskningslitteratur stadig, og mye av litteraturen ligger på databaser hvor ansatte i kommunene ikke har tilgang. Det kan være utfordrende for ansatte i kommunene å innhente og kvalitetsvurdere forskningsbasert kunnskap.

HelseOmsorg21-strategien slår fast at vi må ha effektive og behovstilpassede tjenester slik at flest mulig er friske lengst mulig. Dette krever en økt satsning på forskning, innovasjon og utdanning, og deriblant et kunnskapsløft for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

HelseOmsorg21 nedsatte i 2017 et utvalg: «Kommunenes strategiske forskningsorgan» (KSF) som fikk oppdraget med å følge opp satsingsområdet «Kunnskapsløft for kommunene». Resultatet av arbeidet er en rapport som foreslår et kunnskapssystem for fremtidig struktur og mulig finansieringsmodell for forskning innen helse og omsorgsområdet i kommunene (Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019). KS arbeider for at KSF etableres som et landsdekkende og tverrsektorielt kunnskapssystem for kommunene bestående av et samarbeid mellom kommuner og forskningsaktører på klynge-nivå, regionalt nivå og nasjonalt nivå:

- *Kommuneklynger* skal samle små og store kommuner og forskningsaktører, ledet an av en motorkommune. En *motorkommune* har ansvar for samordning og fremdrift i en kommuneklynge, og skal sikre at samarbeidet er til nytte for alle kommuner og forskningsaktører involvert. I klyngene skal kommunene identifisere kunnskapsbehov, og få støtte til å innhente og vurdere forskningsresultater. Kommuneklyngene etablerer et systematisk samarbeid med academia om forskning, utvikling og utdanning.
- *KSF-regioner* skal samle representanter fra kommuneklyngene (kommuner og UH- og instituttsektoren) for å gi kunnskapsstøtte til kommunene, for eksempel gjennom kunnskapsoppsummeringer og forskningsomtaler. KSF-regionene skal også legge til rette for kunnskapsdeling mellom kommuneklyngene.
- *KSF nasjonalt* er tiltenkt å bistå regionene, bidra til samordning og samarbeid med nasjonale aktører og interessepolitisk arbeid, og å spre kunnskap nasjonalt.

I region Vest har det siden 2021 blitt bygget opp et regionalt samarbeidsorgan KSF Vest, et organ bestående av representanter fra fire klyngesamarbeid som dekker 57 kommuner i Rogaland og Vestland. De fire klyngene er lokalisert i Sør-Rogaland, FOUSAM i Fonna-regionen, Helse- og omsorgsutvalet i Sogn og Fjordane og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest i Hordaland. I tillegg har organet forskerrepresentanter fra Høgskolen på Vestlandet, Universitetet i Bergen og Universitet i Stavanger, VID vitenskapelige høyskole, representanter fra KS og fra FHI. Se nærmere beskrivelse av KSF Vest [her](#). Tabell 1 under viser områdene, nettverkene og motorkommunene i region vest.

Tabell 1: Områder, klynger/nettverk og motorkommuner i region vest.

Område	Klynge / nettverk	Motorkommune
Bergensregionen	Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest	Bergen
Stavangerregionen	Klyngesamarbeidet for forskning innen helse- og omsorgstjenester i Sør-Rogaland	Stavanger
Fonna (Sunnhordaland, Indre Hardanger og Nord-Rogaland)	FoU-enhet for samhandling FOUSAM	Karmøy
Sogn og Fjordane (tidl.)	Helse- og omsorgsutvalet	Sunnfjord

Prosjektene som presenteres i denne rapporten redegjør for to modeller for kunnskapsstøtte. Den ene modellen, "Et kunnskapssystem for kommunene" har vært prøvd ut i kommuneklyngen Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Dette prosjektet har fått innovasjonsmidler fra Norges forskningsråd (NFR). Den andre modellen, «Kunnskapsbroen» har vært prøvd ut i Stavanger kommune og klyngesamarbeidet i Sør-Rogaland, og har fått midler av Statsforvalteren. Målet med modellutprøvingene har vært å utvikle et kunnskapsstøttesystem for kommunene som kan oppskaleres og videreutvikles regionalt og nasjonalt. I denne rapporten redegjør vi for:

1. Modell 1 «Kunnskapssystem for kommunene» - beskrivelse av modell og erfaringer
2. Modell 2 «Kunnskapsbroen» - beskrivelse av modell og erfaringer
3. Samlet oppsummering og diskusjoner knyttet til oppskalering av modellene til andre regioner og nasjonalt.

Modell 1: Utprøving av 'Kunnskapssystem for kommunene' i kommuneklyngen Kunnskapskommunen Helse Omsorg vest

Modellbeskrivelse

Vi beskriver her bakgrunnen for utprøvingen, modellens ulike elementer og faser, og erfaringer med den.

Bakgrunn

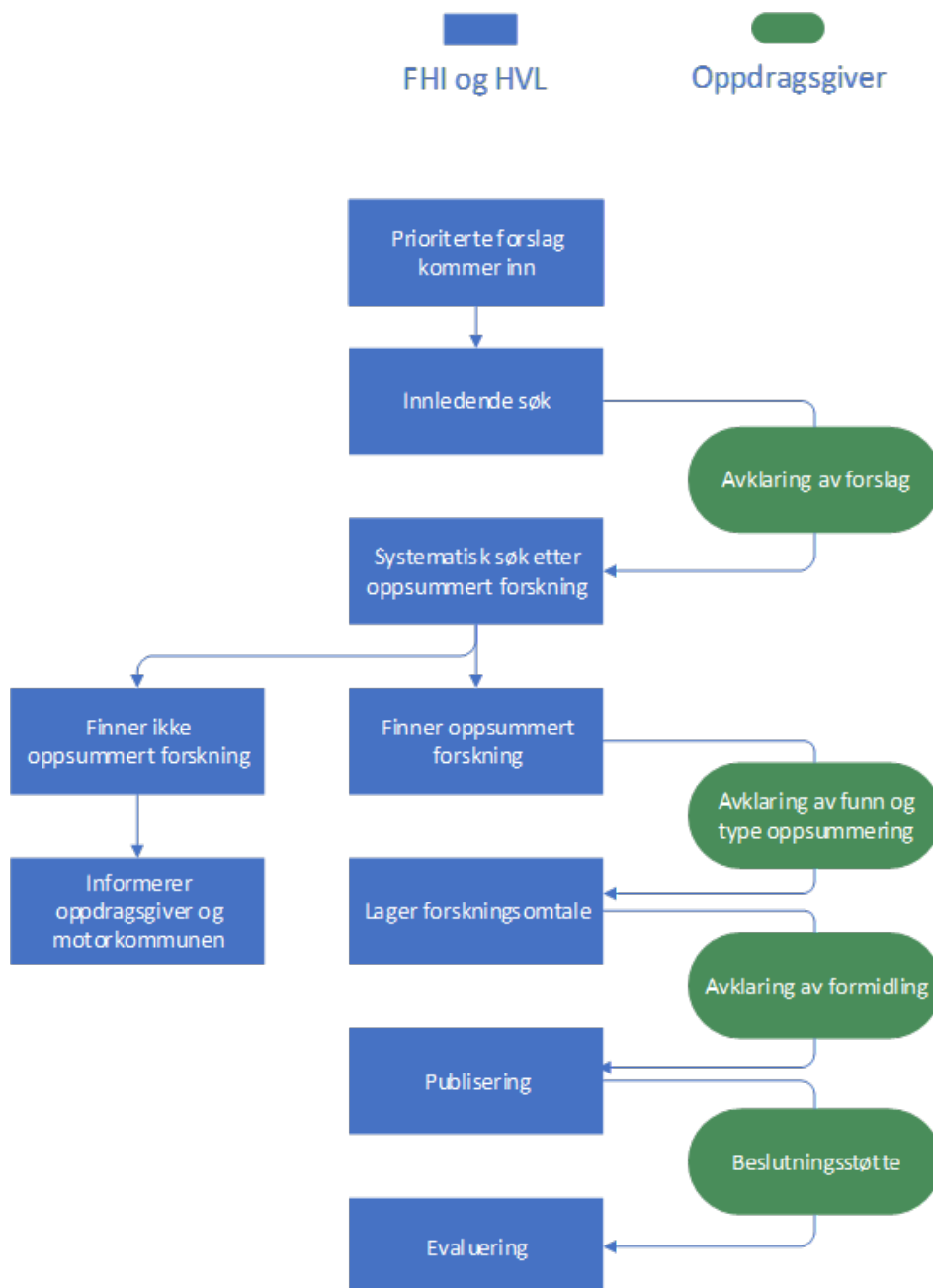
Utprøvingen av denne modellen har foregått gjennom et samarbeid mellom Bergen kommune og kommuneklyngen Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest («Kunnskapskommunen») med sine ni kommuner, kommunesektorens organisasjon (KS), Folkehelseinstituttet (FHI) og Høgskulen på Vestlandet (HVL) ved Fagseksjon kunnskapsbasert praksis og Senter for omsorgsforskning. Det er utviklet en modell for 'alle' prosessene i en struktur for kunnskapsstøtte, fra formulering av kunnskapsbehov til implementering av kunnskapen (kort skissert her og utdypet senere i rapporten):

- formulering av behov for oppsummert forskning (kommuneansatte/oppdragsgivere)
- vurdering og prioritering av innkomne kunnskapsbehov
- søk etter forskningsbasert/oppsummert kunnskap (bibliotekarere)
- utarbeiding av forskningsomtaler (forskere)
- formidling av forskningsomtalen
- veiledning i prosesser for beslutningsstøtte
- implementering av forskningskunnskap i tjenestene

Utprøvingen begynte som en pilot mellom Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest og FHI i 2019, som sammen utviklet en modell som ble testet ut i ni kommuner. I 2020 ble piloten videreført som et innovasjonsprosjekt for hele KSF vest-regionen. Ansvarlige for prosjektet er Kunnskapskommunen, med Bergen kommune som prosjektleder, i samarbeid med FHI, HVL og KS. Prosjektet har blitt finansiert av NFR. Samtlige kommuner i Vestland og Rogaland fikk da mulighet til å formulere sine behov for kunnskapsoppsummeringer via en [egen nettside](#). I videre avsnitt beskriver vi modellens ulike elementer, som også er oppsummert i prosesskartet under, samt erfaringer med modellutprøvingen.

Prosesskart

Prosesskartet i figur 1 beskriver de ulike fasene, fra innsending av behov for oppsummert forskning til publisering av en forskningsomtale, og videre til formidling og/eller beslutningsstøtte. De blå boksene viser aktivitetene forskningsinstitusjonene (FHI og HVL) utfører og de grønne viser de sentrale fasene for oppdragsgiver i kommunen. De ulike fasene beskrives i mer detalj senere i rapporten.



Figur 1: Prosesskart «Kunnskapsstøtte for kommunene»

Fase 1: Innmelding av forslag og prioritering av kunnskapsbehov

Utgangspunkt i denne modellen er at ansatte og ledere i kommunene selv kjenner kunnskapsbehovet sitt. Det ble derfor opprettet et skjema på [nettsidene til Kunnskapskommunen](#) hvor ansatte i kommuner i Vestland og Rogaland kan foreslå behov for forskningskunnskap. Behovene kan være knyttet til faglig-administrative beslutningsprosesser eller politiske beslutningsprosesser. I skjemaet blir det etterspurt informasjon som skal bidra til tydelige problemstillinger. Hovedspørsmålene i skjemaet er basert på PICO. PICO er et akronym som står for populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall og er et hjelpemiddel som gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk og utvelgelse av litteraturen. På nettsiden '[Kunnskapsoppsummeringer](#)' det lagt ut [en veileder for utfylling av skjemaet](#). Følgende hovedspørsmål fylles inn:

- Hvilken pasientgruppe, brukergruppe eller populasjon ønsker du å vite noe om?
- Hvilket tiltak/behandling/metode er du interessert i å undersøke?
- Ønsker du å sammenligne tiltaket med annen praksis? (For eksempel dagens praksis eller andre metoder)
- Hvilke konsekvenser, mål eller resultater er du primært interessert i å få svar på? (For eksempel tiltakets konsekvenser for brukernes helse, livskvalitet, ansattes arbeid, tjenestekvalitet og kommuneøkonomi).
- Beskriv bakgrunn/kontekst for kunnskapsbehovet: Forslaget bør være knyttet til en aktuell beslutning for kommunen din, og evt. andre kommuner. Hvorfor er det behov for en vurdering av metode eller kunnskap om tiltaket? Vil det kunne føre til endringer i tjenestene i helse- og omsorgstjenester?

Basert på Forskningsrådets tilbakemeldinger på prosjektplanen utviklet vi en løpende behandling av forslagene. Dermed kunne prosjektet tilpasse seg kunnskapsbehov som til enhver tid ville kunne melde seg i kommunene, og sørge for kort behandlingstid. I 2020 ble det innført et krav i skjemaet om at forslaget skulle knytte seg til en faglig eller politisk beslutning i nær framtid. Slik ble prioriteringer rettet mot forankrede behov for kunnskapsoppsummeringer og aktualitet, politiske føringer og vurdering av konkrete endringer eller videreutvikling i tjenestetilbudet.

Alle innkomne forslag (oppdrag) ble drøftet og prioritert av prosjektets arbeidsgruppe som bestod av representanter fra Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, FHI og HVL. Oppdragene ble fordelt til FHI og HVL. Flere av forslagene måtte tydeliggjøres av oppdragsgiver, for eksempel når det gjaldt tiltaket de ønsket å se på eller målgruppen.

Kunnskapskommunen arrangerte i 2020 informasjonsmøter i de fire kommuneklyngene i KSF Vest, hvor prosjektet ble presentert og det ble gitt informasjon om hvordan forslag kunne sendes inn. Prosjektet ble også presentert med samme oppfordring i flere andre fora, blant annet i KS sin helseledersamling i Vestland og i kommunalsjefsamling i Sør-Rogaland. Samtlige kommuner i Vestland fikk i tillegg skriftlig informasjon.

Som kompetanseheving av identifisering av kunnskapsbehov arrangerte Kunnskapskommunen våren 2023 en workshop for helseledere og fagansvarlige/rådgivere i åtte kommuner. De faste kommunerepresentantene i klyngen ble invitert til å ta med seg to andre representanter fra kommunen. De fikk en innføring i kunnskapsbasert praksis og hvordan stille gode forskningsspørsmål. Workshopen var organisert med forberedelser, gruppearbeid og etterarbeid.

Innhold fase 1 oppsummert:

- Informasjon om innsending av forslag til kunnskapsbehov i informasjonsmøter.
- Invitasjon til ansatte i alle kommuner i regionen om å sende inn forslag knyttet til konkrete kunnskapsbehov via en egen nettside.
- Forslagene blir prioritert i prosjektgruppen etter aktualitet, politiske føringer og etter vurdering av endring/utvikling i tjenestetilbudet.
- Tydeliggjøring av forslaget for å spisse problemstillingen.

Fase 2: Skrivning og formidling av forskningsomtaler med tilhørende samtaler mellom kommuneansatte og forskere

Samarbeid mellom forskere og kommuneansatte

Et tett og godt samarbeid mellom kommunen som oppdragsgiver og forskergruppen erfarer vi er viktig for at forskningsomtalen og/eller andre produkter skal få størst mulig nytteverdi.

Forskergruppen i dette prosjektet har vært forskere og bibliotekarer tilknyttet HVL og FHI.

Forskningsomtalen skal gi kommunen som oppdragsgiver oppdatert forskningskunnskap innen forslaget som er stilt og inngå som kunnskapsgrunnlag sammen med annen kunnskap for å kunne støtte en beslutning og/eller implementering. For å rette omtalen til kommunens behov har vi utviklet og pilotert en modell som legger opp til fem samtaler mellom forskere/bibliotekar og oppdragsgiver. Samtalene handlet om følgende:

1. Avklaring av forslagsstillers behov for forskningskunnskap, herunder ytterligere presisering av PICO og samtale om hva forskningsomtalen skal brukes til i kommunen.
2. Presentasjon av foreløpige funn fra et første litteratursøk. På bakgrunn av denne samtalen diskuterer forsker og oppdragsgiver hvilke av disse som er mest aktuell for en forskningsomtale.
3. Formidling av omtalen og dialog med oppdragsgiver om hvordan de vil bruke den.
4. Avklaring av behov for videre veiledning, for eksempel formidling eller beslutningsstøtte.
5. Evaluering av hva oppdragsgiver har fått ut av samarbeidet.

Antall samtaler og innhold ble tilpasset hva forskningsomtalen skulle brukes til, for eksempel som kunnskapsgrunnlag til planarbeid eller for å ta en beslutning. I noen oppdrag var det for eksempel nødvendig med en samtale ekstra for å avklare formidling. Figur 2 illustrerer prosessen fra formulering av problemstilling til skrivning av forskningsomtale.

Samtalerekke og utarbeidelse av forskningsomtalen

I prosjektet har vi brukt ulike arbeidsformer- og metoder for litteratursøk, samtaler med oppdragsgiver, utarbeidelse av forskningsomtaler, formidling og beslutningsstøtte. Vi har utarbeidet maler for prosessene som er brukertestet i samarbeid med forskere, oppdragsgiver og bibliotekarer. Tilbakemeldingene er brukt til å gjøre endringer og tilpasninger. Vi har laget et skjema for arbeidsflyt i utarbeidelsen av forskningsomtalen som kan hjelpe forskere og bibliotekarer som skal samarbeide med oppdragsgiver (vedlegg 1). Hovedoppgavene er listet opp med tilhørende aktiviteter, ansvar og ressurser. Ressursene er lenker til maler, opplæringsvideoer og andre referanser. I videre avsnitt blir de ulike samtalene og arbeidsoppgaver mellom samtalene beskrevet.

Hensikten med den første samtalen er å avklare og presisere forslaget sendt inn av oppdragsgiver fra kommunen. Dette innebærer å få en felles forståelse for og presisere problemstillingen med utgangspunkt i PICO og den lokale konteksten. Som støtte til presisering av lokal kontekst bruker vi spørsmål fra verktøyet TRANSFER (Munthe-Kaas et al, 2020). TRANSFER har til hensikt å belyse ulike kontekstuelle faktorer som er viktig å ta i betraktning når vi skal søke etter litteratur. Da kan vi sikre at problemstillingen besvares på en slik måte at den tilfredsstiller oppdragsgivers behov. Videre gjennomgår vi hva forskningsomtalen skal brukes til, forankring internt og forventningene vi har til hverandre. Både forskere, bibliotekar og oppdragsgiver er til stede i denne samtalen, og det er utarbeidet en sjekklister og veileder (vedlegg 2). Før samtalen har forsker sendt ut en invitasjon med vedlagt veileder slik at oppdragsgiver forberedes på hva som skal gjennomgås og har mulighet til å involvere flere i sin avdeling. I tillegg har bibliotekar utarbeidet et innledende søk som gir et

foreløpig overblikk over hva som finnes av litteratur innen temaet. Dette forbereder forskerne til samtalen og gir dem en innsikt i problemstillingen og omfang av litteratur. I etterkant av møtet lager forskerne en tabell med spesifisering av seleksjonskriterier og PICO. Denne sendes til oppdragsgiver for kommentarer.

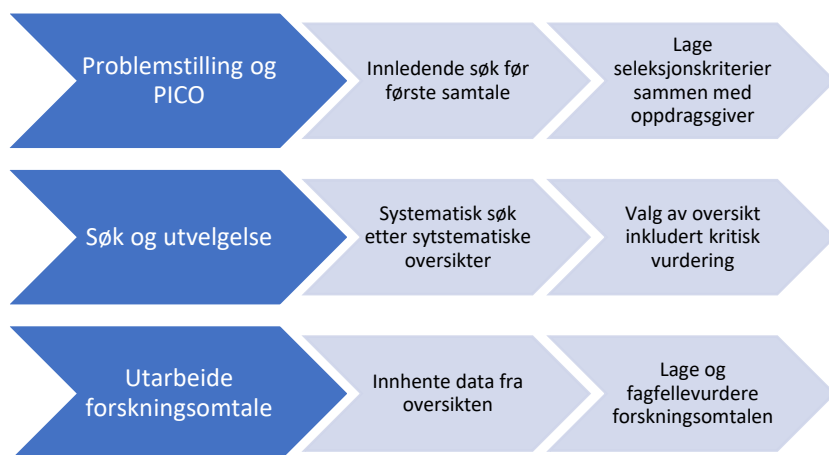
Etter den første samtalen gjennomgår to forskere uavhengig av hverandre oppsummert forskning fra det innledende eller systematiske søket basert på gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier (PICO). Forskerne vil da identifisere relevante oversikter som møter seleksjonskriterier og kvalitetskrav i henhold til oppdraget. Minstekravene er at oversikten har klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, at forfatterne har gjennomført et systematisk søk i minst tre databaser og har vurdert kvaliteten på de inkluderte studiene.

Hensikten med den andre samtalen er å gjennomgå funn fra litteratursøket sammen med oppdragsgiver og sammen bestemme hvilke treff som er mest aktuelt å gå videre med (vedlegg 3). I denne samtalen går forskerne gjennom de systematiske oversiktene som er mest relevante for oppdragsgivers PICO. Forskerne utarbeider på forhånd en tabell som kan brukes for å illustrere karakteristika ved oversiktene, og gjennomgår denne og diskuterer relevansen av den identifiserte forskningslitteraturen sammen med oppdragsgiver.

Etter samtale 2 utarbeider forskerne forskningsomtalen i henhold til mal. Forskningsomtalen inneholder en bakgrunn, hovedresultater og en vurdering av metodisk kvalitet ved bruk av en sjekkliste (vedlegg 4). I tillegg kan GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) brukes som hjelpemiddel for å vurdere tilliten man har til dokumentasjonen (Atkins et al, 2004). Dersom det er flere oversikter som dekker problemstillingen vurderer vi behovet for å lage flere omtaler. Forskningsomtalen sendes til intern fagfelleevaluering og godkjenning hos nærmeste leder før den publiseres på FHIs, HVLs og Kunnskapskommunenes hjemmesider.

Når forskningsomtalen er skrevet innkaller forsker til en tredje samtale. Hensikten med denne samtalen er å gjennomgå forskningsomtalen og presentere kunnskapsgrunnlaget, resultatene og tilliten til dokumentasjonen (vedlegg 5). I denne samtalen er også viderefremidling av kunnskapen og bruk i praksis et tema. Oppdragsgiver kan da si noe om hvordan de planlegger å spre kunnskapen fra forskningsomtalen, enten internt eller eksternt til andre avdelinger og nettverk. Hvis forskningsomtalen skal inngå i en beslutningsprosess kan det være aktuelt å planlegge for et seminar som tar utgangspunkt i *kunnskap til beslutning*. Hvis forskningsomtalen skal inngå i utvikling av tjenester kan det være aktuelt å gjøre en *metodevurdering*. Mer spesifikt hvilken fremgangsmåte som brukes vil variere fra oppdrag til oppdrag.

Samtale 4 blir beskrevet under fase 3 som omhandler forskningsomtalen i bruk og samtale 5 blir beskrevet under fase 4 som er videre publisering og sluttevaluering.



Figur 2. Fra problemstilling til forskningsomtale

Samarbeid med bibliotekarer

Et tett samarbeid mellom forskere og bibliotekarer ved FHI og HVL har vært viktig for å kunne besvare kommunenes problemstilling på en best mulig måte. I hvert oppdrag har en bibliotekar deltatt, og de har minimum deltatt i første samtale med oppdragsgiver. Bibliotekaren utfører to typer litteratursøk, og formålet med begge søkene er å finne oppsummert forskning i form av forskningsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter.

Før samtale 1 gjør vi et *innledende søk* (vedlegg 6). Dette er et enkelt søk i utvalgte kilder, og formålet med søket er å gi forskerne et inntrykk av hvor mye og hva som finnes av oppsummert forskning på det aktuelle temaet. Resultatet fra søket tas med i forberedelsen av samtalen, og kan brukes til videre planlegging og eventuell justering av problemstillingen. Bibliotekaren deltar i samtale 1, for å bistå med å avklare PICO og videre arbeid.

Når inklusjonskriteriene er etablert, gjør bibliotekaren et *systematisk litteratursøk* etter oppsummert forskning. Et systematisk søk er mer omfattende enn et innledende søk, ofte med flere søkeord og andre kilder. Søket er planlagt og begrunnet, dokumentert og etterprøvbart. Bibliotekaren utfører søket etter at forskerne og oppdragsgiver har gitt innspill på søkeord og avgrensninger. Alle søketreff overføres til Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>) eller andre referansehåndteringssystem, og forskerne gjennomgår alle søketreffene for å velge ut hva som er relevant og diskutere dette med oppdragsgiver i samtale 2.

Innhold fase 2 oppsummert:

- Et tett samarbeid mellom oppdragsgiver i kommunen og forskergruppen med bibliotekarer er viktig for at forskningsomtalen og andre produkter skal få størst mulig nytteverdi.
- Modellen legger opp til fem samtaler mellom forskere/bibliotekar og oppdragsgiver.
- De første tre samtale omhandler mål og PICO, gjennomgang av litteratur og presentasjon av funn.
- I løpet av denne fasen blir aktuell litteratur gjennomgått, forskningen kvalitetsvurdert og forskningsomtalen skrevet.

Fase 3: Forskningsomtalen i bruk – kunnskapsgrunnlag og beslutningsstøtte

Hensikten med fase 3 i modellen er å gi støtte til å ta forskningsomtalen i bruk, enten for seg selv som kunnskapsgrunnlag eller sammen med annen kunnskap som beslutningsstøtte. Hvordan forskningsomtalen blir brukt avhenger i stor grad av oppdragets art og formål. Figur 3 illustrerer ulike bruk av forskningsomtalen i prosjektet.

I den fjerde samtalen diskuteres videre oppfølging og bruk av forskningsomtalen (vedlegg 7). I denne delen av prosessen har oppdragsgiver ledelsen og legger premissene, mens forsker bidrar til å avdekke hva behovene og mulighetene er. I flere oppdrag er dette en lengre prosess med behov for mer enn én samtale. Under beskriver vi ulike former og virkemidler for bruk av forskningsomtalen som kunnskapsgrunnlag eller beslutningsstøtte.

Kunnskapsgrunnlag til planarbeid

I flere oppdrag har forskningsomtalen blitt brukt som kunnskapsgrunnlag til planarbeid i kommunen, for eksempel for politiske planer, forskningsplan, årsplaner og oppdateringer av politiske saker. Forskerne har da veiledet hvordan resultatene kan tolkes og formidles skriftlig.

Fagseminar internt i kommunen

Fagseminar er en enkel form for formidling til der oppdragsgiver, med eller uten forsker, presenterer prosessen de har vært gjennom og hva forskningen har vist. Som et eksempel ble dette brukt i oppdraget Tavle- og klyngemøter i helsetjenesten. Fagrådgiver fra kommunen fortalte om bakgrunnen for henvendelsen og forsker presenterte funnene fra den oppsummerte forskningen. Målgruppen var fagrådgivere og andre fagansvarlige innen området.

Video til kompetanseheving

Video til bruk i kompetanseheving har vært en annen formidlingsform som har vært brukt i prosjektet. I oppdraget Velferdsteknologi for personer med utviklingshemming ble det utarbeidet en video til en inspirasjonsdag om velferdsteknologi for over 300 påmeldte kommuneansatte over hele landet. Konferansen ble arrangert i regi av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Sogn og Fjordane, Hordaland og Helse Fonna. 3000 unike brukere hadde sett konferansen etter to måneder, og videoklippet ligger nå tilgjengelig på YouTube.

Kunnskap til beslutning

Det er en rekke forhold eller kriterier en beslutningstaker bør ta stilling eller hensyn til før en avgjørelse skal tas om eventuell iverksettelse/implementering. Et hjelpemiddel som kan brukes av kommunene i denne prosessen er rammeverket *Evidence to Decision frameworks* (EtD) (Moberg et al, 2018). EtD er et rammeverk for retningslinje- og politikktutforming som hjelper beslutningstakere å strukturere kriterier som må vurderes før en beslutning kan tas. I prosjektet har vi tilpasset EtD til kommunekonteksten og betegner det *kunnskap til beslutning*. De syv kriteriene som vurderes er:

1. Hva er effekten av tiltaket?
2. Hvor mye ressurser krever tiltaket?
3. Verdier
4. Kostnadseffektivitet
5. Er tiltaket rettferdig fordelt?
6. Er det aksept for tiltaket?
7. Er tiltaket gjennomførbart?

Utfra en vurdering av hvert enkelt av disse kriteriene får vi en samlet vurdering som tar hensyn til vektingen av alle kriteriene. Den vil si noe om man skal anbefale tiltaket, anbefale med forbehold eller ikke komme med en anbefaling.

Vi har i prosjektperioden utført to kunnskap til beslutning-seminarer, i oppdrag boformer for eldre og i oppdrag rekruttering av helsepersonell. På bakgrunn av disse seminarene og tilbakemeldinger fra deltakerne har vi utarbeidet en mal for utføring av et seminar, en mal for et beslutningsdokument og et evalueringsskjema. Målgruppen for disse seminarene er ledere i kommunen, enten på avdelings- eller enhetsnivå. Varigheten av workshopen er tre timer.

Mini-metodevurdering (MMV) for kommuner

MMV for kommuner er et beslutningsgrunnlag som har som formål å bidra til kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye tiltak i kommunen. Utviklingen av dette verktøyet bygger på erfaringer med bruk av MMV for spesialisthelsetjenesten, men har blitt tilpasset en kommunal kontekst (Arentz-Hansen et al, 2020). En MMV omfatter en systematisk vurdering av effekten av tiltaket og sikkerhet, samt konsekvenser av innføring inkludert kostnader, budsjettkonsekvenser, organisering og samhandling (vedlegg 8). Forskningsomtalen omhandler da den delen som ser på effekten av tiltaket og sikkerhet. Delen som omhandler kostnader og budsjettkonsekvenser gjøres i samarbeid med økonomer i kommunen og helseøkonom på FHI. Delen som omhandler organisering gjøres av oppdragsgivere i kommunen med støtte fra FHI. I tillegg til helseøkonom har vi også i flere tilfeller inkludert en ressursperson på fagområdet, for eksempel innen digital hjemmeoppfølging, som har gitt innspill til organisering. Noen prosjekter har vært samhandlingsoppdrag der en eller to kommuner har medvirket sammen med spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er digital sårbehandling der Kvinnherad og Ullensvang kommuner har deltatt sammen med Helse Førde.

Vi har i prosjektperioden gjennomført fem oppdrag der vi har brukt mini-metodevurderinger for kommunen. Vi har da tatt utgangspunkt i samtalene slik som beskrevet under fase 2, men lagt til noen elementer. Ved første møte har vi presentert hva MMV for kommuner er og vist resultater fra det innledende søket samt jobbet med utfylling av første del av skjemaet. Til det andre møtet fyller kommunen ut del 1 av skjemaet (mål og PICO) og del 3 (organisering). På det andre møtet gjennomgår vi resten av del 1 og 3 og presenterer funn fra det systematiske søket. Til det tredje møtet fyller kommunen ut del 4 (økonomi) og på møtet gjennomgår vi denne delen, gjerne sammen med helseøkonom. På det fjerde møtet presenteres forskningsomtalen(e) og det gjøres en oppsummering. I noen tilfeller bruker vi to møter på delen som omhandler økonomi.

To av MMVene som er gjennomført i perioden omhandlet langvakter på helg, henholdsvis på dag og natt. Det ble i begge prosjektene gjennomført fem møter på en til halvannen time, hvor tema og dato for alle kommende møter ble avtalt i løpet av første møte. Møtene ble holdt annenhver uke. FHI sitt arbeid har i disse prosessene vært å fasilitere og støtte kommunenes eget arbeid med å diskutere og avdekke den nødvendige kunnskapen og informasjonen for å vurdere tiltaket og dermed gjennomføre vurderingen, samt å fylle ut skjemaet, i tillegg til å være diskusjonspartner på møtene. Det meste av arbeidet har dermed skjedd mellom møtene og i kommunene. Bibliotekarer ved FHI gjennomførte søkene etter forskningsoversikter som besvarte kommunenes spørsmål. Forskerne vurderte søketreffene, og valgte i samarbeid med kommunene ut relevante oversikter, vurderte oversiktens kvalitet og skrevet tre forskningsomtaler. Fra oppstart til publisering brukte vi cirka 2,5 måneder.

Innhold fase 3 oppsummert:

- Hensikten med denne fasen er å ta forskningsomtalen i bruk, enten for seg selv som kunnskapsgrunnlag eller sammen med annen kunnskap som beslutningsstøtte.
- Eksempler på bruk av forskningsomtalen er som kunnskapsgrunnlag til planarbeid, i kompetanseheving i fagseminar eller video, i et kunnskap-til-beslutnings seminar eller til bruk i en metodevurdering.
- Vi har testet MMV for kommunene som et verktøy for kunnskaps- og beslutningsstøtte. I dette verktøyet er fase 2 og 3 integrert som en del av prosessen med å utarbeide et beslutningsgrunnlag.
- Antall møter vil variere etter type oppdrag og bruk.

Fase 4: Videreformidling og sluttevaluering

Hensikten med den siste fasen er å videreformidle resultatene av oppdragene og evaluere prosessen og resultatet. Å videreformidle resultatene samt gjøre det enkelt for andre kommuner å ta de i bruk er noe vi prøver å utvikle gode metoder for. Hvilken formidlingskanal vi bruker internt eller eksternt avhenger av oppdraget og hensikten med formidlingen. Under er eksempler på videreformidling av resultatene.

Publisering

Forskningsomtalen blir publiserte på Kunnskapskommunen sine nettsider i Bergen kommune sammen med en artikkel. Artiklene gir rom for å komme med informasjon om hvordan kommunen skal behandle forskningsomtalen og hvordan andre kommuner kan bruke forskningsomtalen som kunnskapsgrunnlag. Derfra deles lenker ut i sosiale medier som på egnede sider på Facebook, Twitter og LinkedIn. I tillegg publiseres og lenkes forskningsomtalen på FHI sine nettsider, Helsebiblioteket og på Omsorgsbiblioteket. MMV blir publiserte i databasen på minimetodevurdering.no under fagområdet «Kommunehelsetjenesten». Informasjon om forskningsomtalen sendes også ut til kommuneklyngene i Vestland og Rogaland.

Informasjon til faglige nettverk

Informasjon om nye forskningsomtaler blir presenterte kommuneklyngemøter, i det regionale samarbeidsorganet KSF Vest og i FoU-nettverk tilhørende Kunnskapskommuneklyngen. Når vi har publisert forskningsomtaler sendes det også e-post til aktuelle faglige nettverk med informasjon både om resultater fra oppdragene samt muligheten for å melde nye kunnskapsbehov. Omtalene spres til ulike nettverk, som for eksempel Utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem (USHT), ulike fagrådgivernetter, E-helse Vestland, internt i Bergen kommune, på intranettsider, de fem sentrene for omsorgsforskning og andre aktuelle aktører.

Samarbeid med fagtidsskrift

I løpet av prosjektet har vi publisert kronikken [Innbyggerne skal ha kunnskapsbaserte tjenester](#) med en presentasjon av prosjektet og samarbeidet med Klyngesamarbeidet i Sør-Rogaland, blitt intervjuet og publisert forskningsomtaler innenfor fysioterapi i fagtidsskriftet *Fysioterapeuten*.

Formidlingsseminar

Våren 2023 arrangerte vi et formidlingsseminar for å videreformidle resultater fra et oppdrag som omhandlet MMV innen digital hjemmeoppfølging i samarbeid med Stad kommune. Hensikten var å videreformidle resultatene fra ett oppdrag til andre kommuner som jobber med liknende prosjekter. Seminaret bestod av to workshops over en periode på to uker og hver workshop varte 1,5 timer. I den første workshopen presenterte vi MMV for kommunene generelt og Stad sine erfaringer. Mellom workshopene skulle kommunene jobbe med skjemaet og inkludere egne data, og hadde muligheter til å få korte svar på spørsmål til utfylling av skjemaet på epost underveis. I den andre workshopen gikk vi gjennom hver del av skjemaet og svarte på tilhørende spørsmål. Begge seminarene ble holdt på Teams. På det første seminaret deltok 58 personer fra 25 kommuner og på det andre seminaret deltok 35 personer fra 14 kommuner.

Presentasjoner på aktuelle konferanser og møter

Prosjektet er presentert i diverse sammenhenger, bl.a. for Helse- og Omsorgsdepartementet, Stortingets helse- og omsorgskomiteé, en konferanse i regi av Norges Forskningsråd, en konferanse i regi av nettverk for implementeringsforskning, i Kunnskapskommunens egen årlige konferanse, på e-

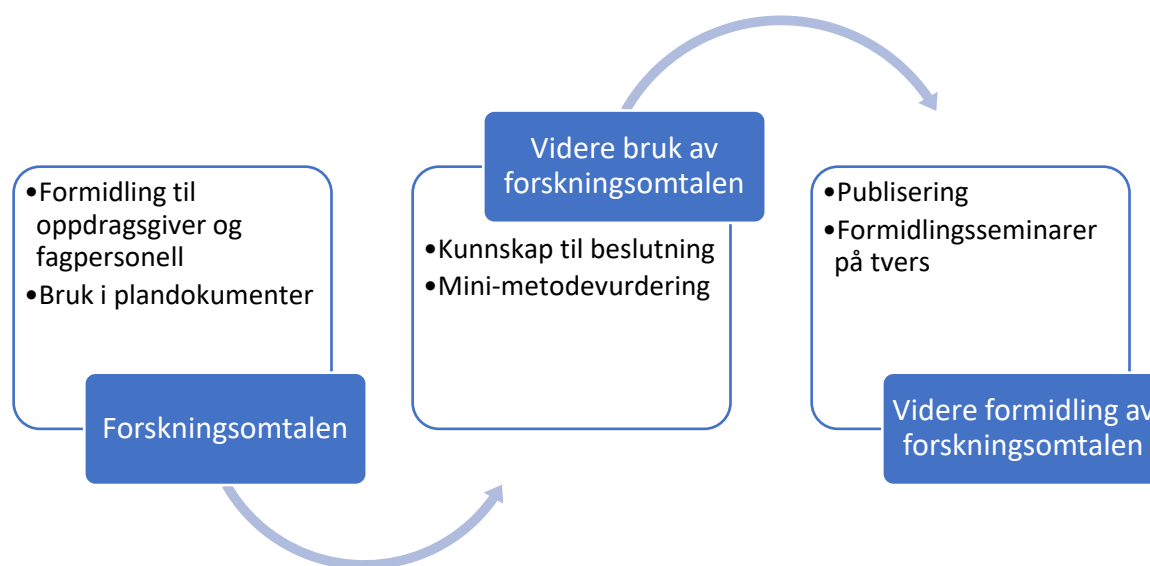
Helse-konferansen, på formidlingsdag i Klyngesamarbeidet for forskning innen helse og velferd i Sør-Rogaland, og i ulike arrangementer i regi av Alrek helseklynge.

Sluttevaluering

Tre til seks måneder etter at oppdragsgiver har mottatt forskningsomtalen gjennomfører vi en sluttevaluering (vedlegg 9). Et skjema blir tilsendt oppdragsgiver og det blir avholdt en femte og avsluttende samtale mellom forsker/bibliotekar og oppdragsgiver der hovedtemaene i skjemaet blir gjennomgått. Hensikten med sluttevalueringen er å få tilbakemeldinger på hvordan prosessen og samarbeidet har vært. Vi ønsker tilbakemeldinger både når det gjelder involvering i oppstartsfasen, kontakt underveis, prosess innad i kommunen, tidsbruk, nytteverdi og støtte til formidling.

Fase 4 oppsummert:

- Hensikten med denne fasen er å videreformidle resultatene av oppdragene og evaluere prosessen og resultatet.
- Forskningsomtalen og andre aktuelle rapporter/dokumenter blir publisert på relevante nettsider.
- Eksempler på videreformidling av resultater fra oppdragene er informasjon til faglige nettverk, formidlingsseminar, publisering i fagtidsskrift og presentasjoner på aktuelle konferanser og møter.
- Oppdragene avsluttes med en sluttevaluering med tilbakemelding på prosess og resultat.



Figur 3. Forskningsomtalen i bruk

Metodestøtte for forskere og kommuner

I prosjektperioden har FHI holdt to ulike seminar-rekker som har omhandlet metodestøtte for forskere som skal utarbeide kunnskapsoppsummeringer. Målet med seminarerne er å gi forskerne en introduksjon til det metodiske ved å lage en forskningsomtale og gi dem noen verktøy som de kan bruke når de skal lage forskningsomtaler.

Den første seminar-rekken holdt FHI for forskere ved HVL. Den bestod av fem seminarer og hvert seminar hadde en varighet på cirka en time. Temaer som ble gjennomgått var; rutiner når vi lager en

forskningsomtale, samtaler og avklaringer med oppdragsgiver, screening og bruk av Rayyan (ref), vurdering av lokal kontekst ved bruk av TRANSFER (Munthe-Kaas et al, 2020), kvalitetsvurdering og eksempler på verktøy (JBI, ROBIS) og GRADE (Atkins et al, 2004).

Den andre seminar-rekken holdt FHI for forskere i Stavanger kommune og Klyngesamarbeidet for Sør-Rogaland. Den bestod av to seminarer og hvert seminar hadde en varighet på cirka to timer. Temaer som ble gjennomgått var introduksjon til prosjektet, rutiner når vi lager en forskningsomtale, samtaler og avklaringer med oppdragsgiver, litteratursøk, vurdering av studier og bruk av Rayyan, vurdering av overførbarhet ved bruk av TRANSFER, kvalitetsvurdering og eksempler på verktøy (JBI, ROBIS) og GRADE. Etter ønske fra forskerne hadde vi særlig fokus på litteratursøk og kvalitetsvurdering. Etter seminarene tilbød forskere ved FHI veiledning der vi ga metodestøtte i forhold til konkrete oppdrag forskerne i Stavanger hadde. Vi tilbød også fagfellevurdering ved ferdigstilling av forskningsomtalene.

I tillegg til metodestøtte til forskerne har vi også hatt metodestøtte for oppdragsgiverne. I tillegg til metodestøtte gjennom samtaler og prosessene i konkrete oppdrag har vi arrangert seminarer om ulike verktøy for beslutningsstøtte og implementering. I prosjektperioden har vi gjennomført to seminarer med fokus på kunnskapsbasert praksis og kunnskap-til-beslutning rammeverket. Målgruppen var rådgivere, mellomledere på administrativt nivå og andre personer som jobber tett opp mot politisk og administrativ toppledelse i kommuner. Disse har vært lagt opp med en kort presentasjon av rammeverket, etterfulgt av gruppearbeid med et praktisk eksempel etterfulgt av oppsummering i plenum. Varighet på seminarene har vært cirka 1.5 timer.

Oppdrag i prosjektet

2019-2020

I det første pilotprosjektet kom det inn 123 forslag, 66 om våren og 57 om høsten. For disse ble det prioritert å gjøre et innledende søk på 30 av forslagene (17 vår og 13 høst) og forslagsstiller fikk tilsendt resultatene av det innledende søket hvor de mest relevante tidsskriftsartiklene fra Epistemonikos og publikasjoner fra utvalgte nettsteder relevant for problemstillingen ble presentert. Syv problemstillinger ble besvart med forskningsomtaler og en som en rapport (5 vår og 3 høst). I tabell 2 under er en oversikt over rapport, forskningsomtaler og forslagsstillere fra pilotprosjektet:

Tabell 2: Rapport, forskningsomtaler og forslagsstillere 2019-2020.

Tema	Oppdragsgiver
Sensorteknologi for å støtte eldre	Bergen kommune, Etat for hjemmebaserte tjenester
Boformer for voksne med utviklingshemming	Askøy kommune, Fagavdelingen individ og levekår
Honning som behandling av kroniske sår	Meland kommune, hjemmetjenesten
Musikkterapi for personer med demens	Vaksdal kommune
Lysterapi for personer med demens	Bergen kommune, Etat for sykehjem
Sanshager for personer med demens	Vaksdal kommune
Tilrettelegging av tiltak for at eldre med demens skal kunne bo lengre hjemme	Bergen kommune, Etat for helsetjenester
Voksne med traumatisk hjerneskade har muligens liten nytte av kognitiv rehabilitering	Bergen kommune, Etat for helsetjenester

Vi brukte mellom tre og ni måneder fra innkomne forslag til overlevert forskningsomtale.

2021-2023

I del to av pilotprosjektet har det kommet 24 forslag totalt. For disse har det blitt prioritert å starte og gjennomføre 17 oppdrag. Seks av oppdragene har endt med forskningsomtale som har blitt brukt som kunnskapsgrunnlag inn i planarbeid og til utvikling av tjenester. I seks av oppdragene har det blitt utført en MMV for kommuner. I to av oppdragene har det blitt holdt et kunnskap-til-beslutningsseminar. I ett av oppdragene ble det laget en undervisningsvideo basert på forskningsomtalen. Tre av oppdragene førte til at oppdragsgiver fikk tilsendt resultatene fra et innledende søk hvor de mest relevante tidsskriftsartiklene fra Epistemonikos og publikasjoner fra utvalgte nettsteder ble presentert. I tabell 3 under er en oversikt over oppdrag, produkt oppdragsgivere.

Tabell 3: Oppdrag, produkt og oppdragsgiver 2021-2023

	Oppdrag	Produkt	Oppdragsgiver
1	Boformer for eldre	Boformer for eldre	Seksjon for plan og utvikling i byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet i Bergen kommune
2	Velferdsteknologi for personer med utviklingshemming	Mobil teknologi kan støtte personer med funksjonshemming i hverdagen	Fagrådgivernetverket i Etat for tjenester for utviklingshemmede i Bergen kommune

		Støttende teknologi på arbeidsplassen for personer med utviklingshemming Teknologisk støtte for å handle dagligvarer for elever og studenter med utviklingshemming	
3	Rekruttering av fagpersoner til helse- og omsorgstjenestene	Tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell	Fagrådgivernetverket i Etat for tjenester for utviklingshemmede i Bergen kommune
4	Tavle- og klyngemøter i helsetjenesten	Tavle- og klyngemøter i helsetjenesten	Seksjon for plan og utvikling ved Byrådsavdelingen for eldre, helse og frivillighet i Bergen kommune
5	Seksuell helse for personer med utviklingshemming	Opplæring kan fremme seksuell helse hos utviklingshemmede	Fagrådgivernetverket i Etat for tjenester for utviklingshemmede i Bergen kommune
6	Kompenserende tiltak i barnevernstjenesten	Intensive familieverntiltak i hjemmet Elementer i skolerettede tiltak utenfor skolen for å hindre frafall og underprestasjon	Kunnskapscenteret i Etat for barn og familie i Bergen kommune
7	Rask psykisk helsehjelp	Søk	Bergen kommune
8	Triage på legevakt	Søk	Bergen kommune
9	Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre	Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre Fellestrekk for virksomme tiltak mot ensomhet blant eldre	Byrådsavdeling for helse og omsorg i Bergen kommune
10	Housing first	Metodevurdering	Alver kommune
11	Digital samkonsultasjon innen psykiske helsetjenester		Sogndal kommune
12	Digital hjemmeoppfølging i hjemmetjenesten	Metodevurdering	Stad kommune
13	Konsekvenser av langvaksordning natt i Bergen kommune	Metodevurdering Hvilke erfaringer og opplevelser har sykepleiere med nattskift? Hva er sammenhengen	Rådgivere, Etatsadministrasjon i Etat for tjenester for utviklingshemmede i Bergen kommune

		mellom langvakter for sykepleiere og uønskede hendelser for pasientene? Hva er helseeffektene av å bruke langvakter på natt og dag?	
14	Effekter ved (og organisering av) bruk av langvakter på 12-14,5 timer i turnus i helse og omsorgssektoren i Alver kommune	Metodevurdering Hvilke erfaringer og opplevelser har sykepleiere med nattskift? Hva er sammenhengen mellom langvakter for sykepleiere og uønskede hendelser for pasientene? Hva er helseeffektene av å bruke langvakter på natt og dag?	Helse, sosial og omsorg i Alver kommune
15	Karriereutvikling for ulike utdanningskull i vernepleie	Søk	Rådgivere, Etatsadministrasjon i Etat for tjenester for utviklingshemmede i Bergen kommune
16	Digital sårbehandling	Metodevurdering	Kvinnherad kommune og Ullensvang kommune, Helse Fonna
	Prehabilitering	Metodevurdering	Asker kommune og Bærum kommune, Bærum sykehus
17	Musikkterapi etter hjerneslag	Musikkterapi for personer med utfordringer med språk og kommunikasjon etter hjerneslag	Byrådsavd for eldre, helse og frivillighet, Bergen kommune
18	Grenser for nødvendig helsehjelp (logoped), grenser mellom spesialisthelsetjenesten/kommunen	Under arbeid	Byrådsavd for eldre, helse og frivillighet, Bergen kommune
19	Rehabilitering (brukermedvirkning)	Ikke prioritert	Byrådsavd for eldre, helse og frivillighet, Bergen kommune
20	Rehabilitering (registreringspraksis)	Ikke prioritert	Byrådsavd for eldre, helse og frivillighet, Bergen kommune
21	Samskapingskoordinator-rollen	Ikke prioritert	Alver kommune
22	Digital konsultasjon av pasienter innen psykisk helse og rus	Ikke prioritert	Alver kommune
23	Digital konsultasjon av pasienter tilknyttet fastlegekontor	Ikke prioritert	Alver kommune

24	Rask psykisk helsehjelp som tiltak for ansatte som står i fare for å bli sykemeldt	Ikke prioritert	Bergen kommune
----	--	-----------------	----------------

Vi brukte mellom tre til tolv måneder fra innkomne forslag til prosessen med beslutningsstøtte og sluttevaluering var utført. For mer informasjon om bakgrunn, erfaringer og nytte av hvert enkelt oppdrag (vedlegg 10).

Erfaringer med modell 1

I denne delen av rapporten diskuterer vi følgende temaer knyttet til piloteringen av modellen 'Kunnskapssystem for kommunene':

1. Ressursbruk i forhold til nytte
2. Innmelding og prioritering av oppdrag
3. Nytteverdi for hvem: Målgruppe og mottaker
4. Samarbeid mellom forskningsinstitusjonene
5. Forankring på ulike nivåer
6. Kompetanse og kompetanseutvikling
7. Lagarbeid og metode
8. Publisering og formidling
9. Forholdet mellom kunnskapsformene i kunnskapsbasert praksis

Ressursbruk i forhold til nytte

Et tema som har vært diskutert mye gjennom hele prosjektet er ressursbruk. Ressursbruk er knyttet til nytteverdien av forskningsomtalen sett i forhold innsatsen (kost-nytte), herunder hvor grundig hvert oppdrag skal behandles.

Slik prosjektet har vært gjennomført har vi måttet prioritere mellom oppdragene, og dermed valgt noen oppdrag framfor andre. Her har vi måttet vurdere ressursbruk og kostnad opp mot nytteverdien i hvert oppdrag. Det er et uttalt mål at arbeidet skal være nyttig for tjenestens praksis og beslutningstaking. En tilbakevendende diskusjon har vært om alle oppdrag skal og kan utføres likt, om det skal brukes like mye ressurser på alle oppdrag og hva som skal avgjøre dette. Med hjelp av prioriteringskriteriene (nytte, ressurser, alvorlighet; se mer neste punkt) har vi vurdert hvilke oppdrag som bør prioriteres og hvor mye ressurser som kan knyttes til dem, både med tanke på tid og personale som kan anvendes og hvordan oppdragene kan utføres. Her har også kommunenes behov vært viktige og lagt føringer på hva vi har levert, for eksempel kun forskningsomtale eller gjennomført kunnskap til beslutningsseminar.

I refleksjonene om grundighet finnes det også en vurdering av hvor pragmatisk en kan og bør være metodisk i arbeidet med forskningsomtalen vurdert opp mot det metodiske idealet i utarbeidelsen av systematiske oversikter. Hva er idealet og hva er faktisk gjennomførbart i praksis? En grundig og veldig stringent metodisk tilnærming er ressurskrevende og fordrer mye opplæring, både i kommunene og blant tilknyttede forskere. For eksempel er det mer utfordrende å bruke grundige og omfattende verktøy for kvalitetsvurdering av systematiske oversikter enn enklere sjekklister. Det samme gjelder søk etter forskningslitteratur, der det har vært diskutert om det er nødvendig å gjøre grundige systematiske søk eller om det er tilstrekkelig med enklere innledende søk, som krever mindre tid og også mindre opplæring om det skal utføres av andre enn forskningsbibliotekarene ved FHI og HVL.

En annet spørsmål har vært om vi skal prioritere mange oppdrag hvor mange får litt, eller om vi i stedet skal satse på å utføre færre oppdrag og slik jobbe grundigere med dem. Dette har også vært diskutert med tanke på beslutningsstøtte. Det ble vurdert at en hovedprioritering i prosjektet var å legge fokus på å teste ut selve *metoden*. Det ble slik sett som en potensiell utfordring om det kom inn for mange forslag, noe som kunne medført manglende kapasitet til å velge ut prosjekter på en god og transparent måte. Vi har i økende grad prioritert å legge mer innsats i færre prosjekter med større relevans, og med større potensial for nytteverdi for kommunene, også utover forslagsstiller.

Vi har begrenset tid til hvert oppdrag, og tilknyttede forskere og bibliotekarer har begrenset kapasitet og tid knyttet til prosjektet. Kommunene vil gjerne ha svar raskt. Dette krever flere ressurser og at forskerne kan sette av mye tid i kortere perioder. Ved å strekke ut oppdragene i tid kan en jobbe mer fleksibelt med færre ressurser og mindre konsentrert, men dette har vi sett at kan føre til at oppdraget til dels mister fokus og moment. Det har vist seg viktig å avklare kapasitet og ressursbruk for hvert oppdrag, både blant forskere og i kommunen, og dette har påvirket hvilke prosjekter vi har hatt mulighet å gå i gang med når. For å skape forutsigbarhet og holde fokus og intensivitet oppe, har vi også erfart at å sette opp og avtale alle møter fra start av har vært nyttig. Det er ressursbesparende på sikt, og det enklere å flytte eller avlyse et møte enn å avtale et nytt.

Overordnet har ressursbruk og -behov også handlet om finansiering og økonomi. Dette handler om hvilke strukturer for kunnskapsstøtte som skal finnes rundt kommunene og hvem som skal finansiere og ha ansvar for disse. Et regionalt KSF som infrastruktur har vært av sentral betydning for utvikling og bruk av modellene. En utfordring her har vært og er at det ikke finnes en tydelig systematikk for kunnskapsarbeid og prioritering i og for kommunene. Per dags dato er KSF og kunnskapsstøttemodellene piloter uten forutsigbar finansiering. Statsråder fra både nåværende og forrige regjering har uttalt at et kunnskapssystem for kommunene er noe kommunene selv må ta ansvar for å utvikle og drifte. Vi erfarer imidlertid at langt fra alle kommuner har kompetansen, tiden eller midlene til det.

De ulike forskningsomtalen fra prosjektet har gjerne vært knyttet til små utviklingsprosjekter og noen av dem har opphørt på grunn av manglende videre finansiering. Arbeidet knyttet til dialogene med forslagsstiller og det å skrive forskningsomtalen bør knyttes til faste strukturer og kontinuitet. En gjennomgående diskusjon i prosjektgruppen har vært knyttet til kostnader med å drifte kunnskapsstøttemodellene, og hvilke ressurser som vil kreves hvor ved en oppskalering av de arbeidsprosessene og verktøyene vi nå har utviklet. Videre har vi også diskutert hvem som skal drifte det, samt hvor de nødvendige midlene til drift og videreutvikling bør komme fra. Vi mener det er stor usikkerhet knyttet til finansiering og hvordan alle kommuner effektivt kan få nytte av et slikt system. Vi stiller spørsmål ved om hver enkelt kommune kan skaffe midler til dette, og om det er hensiktsmessig at arbeidet skal gjøres av enkeltkommuner alene.

Innmelding og prioritering av oppdrag

Prosjektet har brukt ulike metoder for å få inn kunnskapsbehov fra kommunene. I pilotprosjektet i 2019 ble det satt opp to frister i året for å melde inn kunnskapsbehov. Det ble lagt mye vekt på å aktivisere alle deltakende kommuner, og flere av kommunene utpekte en "nøkkelperson" som stilte forslag på vegne av sin kommune. Dette førte til et stort tilfang av forslag. En viktig erfaring var at forslagene kom fra ulike tjenestenivåer i kommunene, og at det for flere av forslagene allerede fantes retningslinjer. Forskningslitteratur hadde i noen tilfeller begrenset nytteverdi utover kompetanse for forslagsstiller.

I pilotprosjektet ble det nedsatt et bestillerutvalg bestående av seks representanter fra kommunene som skulle behandle og prioritere forslag i samråd med FHI. Følgende prioriteringskriterier ble brukt i starten:

1. Betydning for liv og helse (helsegevinst, forebygging)
2. Utbredelse – hvor mange mennesker angår det/ om det har det overføringsverdi til andre brukergrupper
3. Variasjon i praksis, og uklar, sprikende eller lite forskning på feltet
4. Usikkerhet knyttet til effekt, etikk og personvern

5. Relevans for kommunene (hvor mange kommuner, knyttet til aktuelle beslutninger, kostnadseffektivitet og helseøkonomiske konsekvenser etc.)

Disse kriteriene fungerte godt som refleksjonspunkter knyttet til hvert forslag. Senere var målet å bruke prioriteringskriteriene for helse- og omsorgstjenesten slik de er formulert av Blankholmutvalget (NOU 2018:16) og i den etterfølgende Stortingsmeldingen *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Disse kriteriene var imidlertid utfordrende å operasjonalisere, og det ble vanskelig å vurdere forslagene opp mot hverandre på en god nok måte.

Vi gikk bort fra modellen med frister og bestillerutvalg og etablerte heller løpende kunnskapsstøtte til kommunene. I første del av prosjektet kom det inn betydelig flere oppdrag enn i andre del. Det er uklart hva som er grunnen til dette. Mulige forklaringer kan være at forslagsstillerne i andre del måtte begrunne forslaget i et konkret tjenestebehov forankret i kommunen, at bestillings skjemaet opplevdes omfattende og krevende å fylle ut eller at forskningsomtaler ikke oppleves som relevant eller praksisnære nok i den praktiske hverdagen. I prosjektets andre del har heller ikke promoteringen av muligheten til å sende inn forslag vært like omfattende. Trolig har det også vært vanskelig for kommunene å opprettholde innsatsen i dette prosjektet på grunn av den store mobiliseringen til pandemihåndteringen.

Nytteverdi for hvem: Målgruppe og mottaker

Etter piloten mellom FHI og Kunnskapskommunen i 2019 ble det gjennomført intervjuer med deltakerne, som evaluerte både prosess og utfall. Erfaringene fra piloten var at det kom inn mange oppdrag, men at det ikke alltid var klart hvor og hvem disse kom fra, i den forstand at det var uklart hvor oppdragene var forankret. Noen oppdrag sprang ut fra «undring» fra praksis, for eksempel bruk av honning i sårstell. Tilbakemeldingene fra prosjektene tilsier at de fleste likte forskningsomtalen når det gjaldt format og språk, og at de ble lest av forslagsstiller selv. Kanskje ble den også videreformidlet til en kollega, men omtalene viste seg vanskelig å bruke og formidle videre. Dette gjaldt flere omtaler, og både formidling og annet. Et unntak var omtalen om sansehager for demente, som vi vet ble brukt i planlegging av et nytt sykehjem.

Tidlig i utprøvingen av kunnskapsstøttemodellene var antageligvis manglende forankring i enhet eller avdeling medvirkende til at anvendelsen og implementeringen av forskningsomtalen var svak. Oppsummeringene og forskningsomtalen kan brukes på ulike nivåer i kommunene, fra en enkelt enhet til et mer organisatorisk nivå. Utover i prosjektperioden har vi i større grad prøvd å presisere de ulike nivåene: politisk, administrativt eller klinisk nivå. En slik presisering vil også være viktig fremover. Utover i prosjektperioden har flere av oppdragene vært knyttet til beslutninger på politisk og administrativt nivå, og tiltakene var knyttet til de ulike avdelingene/enhetenes egne prioriteringer. Oppdragene som velges ut ble dermed løftet fra det individuelle til det kollektive med et tydelig fokus på beslutninger på enhets- og kommunenivå.

Forskerne som har deltatt i prosjektet har opplevd verktøyene for å støtte beslutningsprosesser som nyttige. Tilbakemeldingene fra oppdragsgivere tilsier at de også har opplevd en slik nytte, men verktøyene må på samme måte som omtalene rettes mot konkrete mottakere, med konkrete behov. Vår vurdering er at verktøyene må være enkle – de må være på norsk, forklares i klarspråk og ha felles definisjoner, og det må klargjøres hvorfor de brukes. Vi har for eksempel hatt utfordringer med Kunnskap til beslutning, hvor vi har sett viktigheten av å spisse PICO nok til at tiltaket som vurderes ikke blir for stort og bredt. Vide temaer uten tilstrekkelig konkretisering av bruk vanskeliggjør gjennomføring av en prosess for kunnskap til beslutning. Det er også viktig å vurdere hvem som kan, bør og må involveres i prosessene. Dette er viktig for forankring, «lokal kunnskap» i kommunen (om

for eksempel økonomi og ressurser) og ikke minst beslutningsmyndighet. Erfaringene fra prosjektet er at det er viktig at alle de riktige personene deltar i denne prosessen, og at de må delta aktivt for at beslutninger skal kunne tas knyttet til saken i forskningsomtalen. I MMV for kommuner er det i større grad mulig å innhente personer og kompetanse etter behov, og at personer i kommunene selv jobber mer mellom møtene. Disse oppdragene har til dels også vært utført av faste og mindre grupper. At to forskere har jobbet tett i oppdragene har også styrket veiledning, dialog og gjennomføringsevne i møtene, samt gitt fleksibilitet.

I MMV for kommuner og kunnskap-til beslutning er forskningsomtalen en integrert del av verktøyene, og vurderes opp mot annen kunnskap. Slik fremheves det at det ikke bare er forskningsbasert kunnskap som skal ligge til grunn for metodevurderinger og beslutninger i kommunene, men at forskning i stedet må forstås og tolkes i en kontekst, som del av et større kunnskapsgrunnlag. Relasjonen til andre vurderinger og typer kunnskap blir tydeligere. Noen ganger finner en forskningsresultater som treffer godt på tiltak og kontekst, mens det andre ganger er mer perifer og/eller usikker forskning. Forskningsresultatene må uansett alltid tolkes i forhold til for eksempel økonomiske rammer og organisering. Dette blir tydeligere i en prosess for MMV for kommuner eller kunnskap-til-beslutning enn for leveranse av en forskningsomtale alene. Det er helt essensielt at omtalene diskuteres opp mot betydning, tolkning, verdi, bruk og for eventuelle implikasjoner av implementering.

Samarbeid med kommuner

Et tett samarbeid med oppdragsgiver gjennom hele prosessen har vært sentralt for å skape eierskap til prosessen og innholdet i forskningsomtalen. Målet er at de ansatte i kommunen eier oppdraget, mens forskerne og andre ressurspersoner er med for å støtte prosessen. For å etablere dette samarbeidet lagde vi en struktur med en samtalerekke over en gitt tid. Vi erfarer at tiden hvert oppdrag tar avhenger av hva omtalene skal brukes til og hvor langt kommunen er kommet i prosessen. Strukturen med og i samtalene skal likevel være så generell at den kan tilpasses og brukes på ulike oppdrag. En utfordring vi har erfart som har påvirket samarbeidet og prosessen er bytte av kontaktperson hos oppdragsgiver. Det er særlig sårbart hvis det kun er én nøkkelperson involvert og denne personen slutter eller får en annen rolle. En annen utfordring som påvirker samarbeidet, er at oppdragsgiver må endre prioritering av arbeidsoppgaver og at tematikken i forslaget som ble sendt inn blir nedprioritert. Det kan da føre til at prosessen med å ta forskningsomtalen i bruk stopper opp. Vår erfaring er at begge disse utfordringene oppstår særlig når oppdraget ikke er godt nok forankret i avdelingen eller etaten og det i stor grad er personavhengig.

Digitalisering og bruk av teams-møter har muliggjort et samarbeid både på tvers av kommuner og på tvers av forskningsinstitusjoner. Samarbeidet har fungert godt selv om vi ikke har kunnet møttes fysisk. Vi tror mye av grunnen til det er fordi at det er et tidsavgrenset samarbeid og at vi har klare arbeidsoppgaver inn i hvert møte. Digitale møter har også gjort at vi kan holde formidlingsseminarer der vi kan inkludere flere kommuner. I det regionale samarbeidsorganet KSF Vest, som er en viktig ramme for diskusjoner om kunnskapsoppsummeringsprosjektene, har det vært fordelaktig at det har vært en blanding av fysiske og digitale møter, siden dette er et samarbeid som har strukket seg over tid og siden disse møtene ofte innebærer mer omfattende diskusjoner om forskning og kunnskapsgrunnlag i kommunene.

Ansatte i kommunene har vært svært delaktige, ikke kun i de enkelte oppdragene, men også i utviklingen av modellen. Vi har holdt en rekke workshops og testet ut flere ulike modeller for formidling og beslutningsstøtte. Etter hver workshop eller utprøving har vi hatt evalueringer der vi har fått tilbakemeldinger og konkrete forslag til forbedringer. Vi har også brukt møtene i det

regionale samarbeidsorganet KSF vest til å presentere modellen og fått innspill fra deltakerne, som vi har inkludert i videre utvikling av modellen.

Samarbeid mellom forskningsinstitusjoner

Gjennom prosjektperioden har forskere ved FHI, Høgskolen på Vestlandet (Senter for omsorgsforskning, vest og Fagseksjon for kunnskapsbasert praksis) og Stavanger kommune samarbeidet. FHI og HVL/Senter for omsorgsforskning har siden oppstart jobbet sammen med å utvikle modellen sammen med Kunnskapskommunen, blant annet gjennom regelmessige fellesmøter og evalueringer av prosess og metode. Denne tette dialogen mellom forskere ved de ulike institusjonene har vært viktig for å utveksle erfaringer og utfordringer samt sikre en enhetlig tilnærming til oppdragsgiver. Forskerne fra HVL og Stavanger kommune har bred erfaring fra primærforskning og forskerne fra FHI har bred erfaring fra oppsummert forskning. Denne kombinasjonen av kunnskap har vært nyttig for å kunne dekke bredden innen de oppdragene vi har fått, og for å styrke leveransene med komplementære kompetanser. I tillegg har de ulike perspektivene fra de ulike forskerne bidratt til at vi har oppnådd en bedre forståelse av konteksten. I prosjektet har det vært viktig at alle involverte institusjoner har følt et eierskap. Et eksempel er at Stavanger har fått veiledning i metoden, men tilpasser det sin kontekst og publiserer i eget navn.

En annen arena for erfaringsdeling fra prosjektet er i det regionale samarbeidsorganet KSF Vest. Eksempler på erfaringsdeling har vært presentasjon av ulike oppdrag og forskningsomtaler, verktøy for innmelding av forskningsbehov og digitalt verktøy med oversikt over forskningsprosjekter. FHI har hatt en observatør-rolle i KSF Vest og har hatt mulighet til å dele informasjon og ta del i diskusjoner om KSF sitt mandat og andre saker. KSF Vest har både bidratt med tilbakemelding på metoden fra flere aktører og for å bidra til sammenheng med hva som ellers har foregått av utviklings- og forskningsarbeid innen regionen. KSF Vest er et samlende organ på forskningsområdet i regionen. Det er samtidig en utfordring at det er et organ i utvikling og med mange ulike aktører. Det har da vært viktig at Bergen og Stavanger, som motorkommuner, har tatt et ekstra ansvar for å drive prosessene og inkludere de mindre kommunene i kommuneklyngene i KSF. Samtidig er det svært viktig at koordinatorene i de mindre kommunene har dedikert tid til å delta i det regionale samarbeidsorganet KSF Vest.

Forankring på ulike nivåer

Forankring er et begrep som har vært sentralt gjennom hele prosjektperioden, og da på mange ulike nivåer, alt fra de ansatte, til forskerne, til lederne og til politikere og administrativ ledelse. Når det gjelder forankring innad i forskningsinstitusjonene er dette svært viktig siden arbeid med formidling mot kommuner ikke ligger inne i arbeidsoppgavene til forskerne. En utfordring er at forskningsomtalen som blir publisert ikke gir publikasjonspoeng og seminarer vi holder ikke teller som undervisning. En erfaring er at mange av de aktuelle forskerne allerede har fulle timeplaner og at det er vanskelig å finne plass i tillegg til arbeidet i kommunene. Da har det vært svært viktig at leder av institusjonene har vært aktiv og involvert seg, for eksempel med å finne egnede personer og delta på prosjektmøter.

Noe vi erfarte gjennom prosjektet er at forankring bør være på systemnivå og ikke på personnivå. Flere oppdrag har stoppet opp når en nøkkelperson har sluttet eller byttet rolle. Da blir det tydelig at oppdraget har vært drevet av et personlig engasjement mer enn at det er forankret i avdelingen eller etaten. Flere ganger har det vært fagsykepleiere, rådgivere eller andre i fagstillinger som har meldt inn oppdrag. Selv om de har faglig gjennomslagskraft, har de ikke alltid mulighet til å ta

beslutninger. Vi ser at det da har vært viktig å involvere virksomhetsleder fra start for å avklare muligheter og begrensinger.

En annen utfordring som påvirker forankringsarbeidet, er stor utskiftning av ansatte innen kommunen. I flere oppdrag har nøkkelpersoner som fagkoordinatorer, rådgivere eller ledere sluttet og da er det en utfordring å fullføre oppdraget. Da synliggjøres også behovet for forankring på systemnivå. I tillegg er det store forskjeller når det gjelder kompetanse om forskning og kunnskapsbasert praksis som har gjort det utfordrende å sikre forankring på flere nivå. Begrepsavklaringer og tydeliggjøring av forventninger har i den sammenheng vært viktig, både fra forskernes og oppdragsgivers side. For å oppnå forankring hos oppdragsgiver fra start er det viktig at flere personer spiller inn forslag i samarbeid og at det kommer fra et behov i avdelingen eller etaten, og at det er klart hva de skal bruke informasjonen til.

Bruk av modellene for kunnskapsstøtte i kommunene må også forankres på et politisk og høyere administrativt nivå. KSF Vest har vært en viktig ramme for dette prosjektet for å samle ressurspersoner fra store og små kommuner, og hvor vi både har kunnet dele resultater fra prosjektene og fått innspill fra andre kommuner og forskere. Det regionale samarbeidsorganet KSF Vest har videre vært en viktig for å samle synspunkter og kunne gi enhetlige tilbakemeldinger, for eksempel i høringsinnspill o.l. i aktuelle saker for sektoren. Like fullt er KSF Vest i seg et utviklingsprosjekt som ikke har tydelig nok forankring i kommunene. Det er en utfordring at det ikke er tydelig hvem som skal finansiere nødvendig forskning og forskningsformidling i kommunene og at dette derfor blir opp til hver enkelt kommune. Det er for lite systematikk i denne typen kunnskapsarbeid, som da blir avhengig av noen nøkkelpersoner, «ildsjeler», som har interesse, engasjementet og kapasitet for forskning og kan søke eksterne midler. Det er en utfordring for kommunene at tidsperspektivet blir kortsiktighet slikt at man ikke får bygget en systematikk og strategi for kunnskapsarbeidet, samt at man da fortsatt er avhengig av slik personlig kapasitet for å søke og hente nye midler til enkeltprosjekter. For å få til et mer langsiktig perspektiv på utvikling og utbredelse av modellene, struktur for å styrke kommunenes eierskap og identifisering av sentrale felles behov, har samarbeidet med KS og forankringsarbeid hos HOD og andre departementer vært viktig.

Kompetanse og kompetanseutvikling

I arbeidet med kunnskapsstøtte i kommunene har vi erfart at det i kommunene er behov for ulike typer kunnskap for å kunne nyttiggjøre seg forskningen og forstå hvor den forskningsbaserte kunnskapen kommer fra, hvordan den utarbeides og hvordan den kan relateres og knyttes til andre sentrale kunnskapskilder. Dette gjelder både kunnskap om generell forskningsmetode, og om kunnskapsbasert praksis og hva det *egentlig* innebærer. Kunnskapen vi er ute etter er både forskningsbasert, erfaringsbasert og fra lokale kilder. Mer konkret er det også behov for kunnskap om hvordan man faktisk går fram for å finne og evaluere forskning, samt hvordan forskningsbasert kunnskap kan brukes som beslutningsstøtte og hvordan forskningen kan tas i bruk i implementering av ny praksis.

Gjennom prosjektperioden har vi arrangert flere seminarer for både bedre å forstå kunnskapsbehovene ute i kommunene og for å dekke disse behovene. Når det gjelder de mer generelle metodeseminarene har vi erfart at det er viktig å spesifisere hvem som er målgruppe for hvert enkelt seminar og hvorfor deltagerne er med. Hva ønsker vi at de skal få ut av seminaret og hva ønsker de å lære? Her kan det for eksempel være et spenn mellom generell kunnskap om og erfaring med forskningsmetode og implementering på den ene siden og mer konkrete og spesifikke oppdrag på den andre. Innholdet må være relevant for deltakerne, enten det er fagledere,

administrative ledere, rådgivere eller forskere med ulike grader av erfaring. En utfordring har vært å finne balansen mellom å lære bort de nødvendige verktøyene og metodene for forskning og implementering på den ene siden og det å bidra med støtte i mer konkrete implementeringsprosesser. Oppdrag som ligger tett opp til kommunenes behov har gjort kurs og seminarer mer relevante.

Overordnet har vi sett viktigheten av å bruke klarspråk og å være tydelig på hvem som er i målgruppene. Dette gjelder ikke bare i seminarene som har vært arrangert, men også i alt materiell som beskriver prosessen fra innmelding av kunnskapsbehov til implementering, samt i maler og verktøy som kommunene kan bruke selv eller i samarbeid med forsker. Dette gjelder også i forskningsomtalen hvor vi forsøksvis har gjort forskningen mer tilgjengelig ved å nedtone forskerspråket noe. Her er det imidlertid mer å hente, både i arbeidet med språk og ved å heve kompetansen til mottaker.

Samtidig er det viktig å påpeke at det ikke bare er ute i kommunene at det finnes et kompetansebehov. Dette gjelder også forskerne som skal bidra i arbeidet. Erfaringen fra prosjektet så langt er at det finnes mange forskere med bred kompetanse – det være seg i kommunene eller i institusjonene som skal støtte disse – som kan bidra i arbeidet med kunnskapsstøtte. Men erfaringen med å anvende, vurdere og lage systematiske oversikter er varierende. Her har metodestøtte vært viktig, særlig med tanke på litteratursøk, kvalitetsvurdering av studier/oversikter og opplæring i ulike verktøy.

Fagfelle-/kollegavurdering av omtaler har vist seg svært nyttig, både som metodestøtte og for å lære av hverandre. Forskerne har jobbet i par i konkrete oppdrag, der en mer erfaren oppsummerer arbeidet med en med mindre erfaring – som i en slags fadderordning. Dette har vist seg som en god måte å lære på, for begge parter.

At lokale forskere har bidratt med andre perspektiver, erfaring og nærhet til praksis ute i kommunene har også ført til viktig læring for forskerne ved FHI - blant annet ved å tydeliggjøre både hvilke ressurser og hvilke begrensninger som finnes i kompetanse, tid og personell i kommunene. Det har blitt viktig å vurdere hva som faktisk kan gjennomføres og på hvilken måte.

Teamarbeid og metode

I tillegg til de konkrete omtalene og kunnskapsstøtteprosessene har det vært viktig å utarbeide og utvikle hele arbeidsprosessen og verktøyene som kan brukes inn i kommunenes arbeid med forskning og kunnskap.

Teammøtene har vært sentrale for å skape kontinuitet og felles forståelse. Igjenom prosjektperioden har det vært flere lag innad i laget, som har arbeidet med ulike prosjekter og hatt ansvar for ulike deler av utviklingsarbeidet. Arbeidet i laget har krevet at en er vant til å jobbe med utviklingsprosjekter. Siden en ikke kan forutse når oppdrag kommer og hvordan de ser ut, kreves det både fleksibilitet og selvstendighet av de som jobber med oppdragene. Faste møtepunkter i form av teammøter og kunnskapsdeling har derfor vært viktig.

Disse møtepunktene har også vært viktige for å få brukt kompetansen til forskerne og medlemmer av prosjektgruppen. Kjennskapen til lokal kontekst og forståelse av kompleksiteten i kommunene, sammen med metodisk forståelse er avgjørende for å kunne implementere forskningsbasert kunnskap i en kommunal setting. Ikke bare må de ha kjennskap til forskningsmetodikk og vite hva som kan brukes til hva. Det er også krevende å kjenne metodikken godt nok til å vite hvor, når og hvordan en kan fire på kvalitetskravene og tolke resultatene i relasjon til lokal setting. Samtidig er

det behov for gode kommunikasjonsevner og pedagogisk forståelse ettersom formidlingen av både viktigheten av prosessen og resultatene skal formidles både utover i kommunene, til ledelse og til andre institusjoner.

Vår erfaring er at sentrale uttrykk vi har brukt, som for eksempel 'kunnskapsoppsummering', 'kunnskapsbasert praksis' og 'forskningsomtaler', har vært kjente og intuitivt forståelige uttrykk i kommunene. Derimot har vi fått flere tilbakemeldinger på at uttrykket Mini-metodevurdering (MMV) ikke på samme måte er forståelig i denne sektoren. Dette kommer kanskje av at metodebegrepet er mindre brukt i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. Vi har fått tilbakemeldinger om at uttrykket har fungert fremmedgjørende og ikke intuitivt forståelig og at for eksempel 'tiltaksvurdering' kan være et mulig alternativ. Det er vår vurdering at betegnelsen på verktøyene som brukes bør være lett forståelige, forklart i klart språk og tilpasset kommunale behov.

Teamarbeidet og dialogen innad i laget har også vært viktig i utviklingen av metodikken vi bruker i kunnskapsstøttearbeidet inn mot kommunene. Det er viktig at det er to personer som jobber sammen gjennom hele prosessen, med screening, kvalitetsvurdering osv. Det er også viktig at søk utføres systematisk og at PICO er tydelig. I dette arbeidet bør ikke en forsker arbeide alene, og systematikk er viktig for det ikke skal være tilfeldig hva vi finner av forskning og at arbeidet blir så transparent som mulig.

Prosjektgruppen har gått bort fra å kun se på effektstudier, som vi gjorde i starten av prosjektet. Temaene og problemstillingene som kommunene står i er ofte komplekse, noe som gjør det viktig å også se til annen forskning. Vi formidler også andre forskningsoversikter til kommunene enn kun de vi skriver forskningsomtale om, ettersom det kan gi bedre og bredere forståelse av fenomenene. Her er det imidlertid viktig å begrense antallet for å unngå at det blir for mye informasjon. I denne sammenheng kan det også være aktuelt å evaluere hvor hensiktsmessig det er å alltid bruke PICO, som gjerne fører til effektspørsmål, eller om også andre oppsett kan vurderes på grunnlag av problemstillingene i utarbeidelsene av oppdragene. Flere av oppdragene fra kommunene har dreid seg om hvorfor et tiltak har effekt, hvordan det virker, dets innhold, kvalitet og indre egenskaper, samt erfaringer med tiltaket. Kvalitative studier har sin styrke i å skape innsikt i slike forhold. I videreutvikling av modellen vil det være viktig at verktøyene for formulering og bestilling av forskning også inkluderer behov for kvalitative innsikter og lærdommer.

Vi må være kritiske til hva vi sender ut, både i mengde og «kvalitet», og det er ikke tilstrekkelig bare å sende en liste med søketreff. Kompetansen til å bruke og forstå rekkevidden av den forskningsbaserte kunnskapen, særlig om det blir for mye, er ikke alltid til stede. Mottakerne er i varierende grad vant til å lese forskning, og de må gjøres bevisste om begrensingene som finnes i materialet de blir tilsendt. Dette gjelder også oppdrag hvor det som skal vurderes er tiltak som allerede er igangsatt og kommunene har investert i. Da ønsker de gjerne å finne forskning som peker på positive resultater. Vi har også hatt en prinsipiell diskusjon om hvor strenge rammer vi bør og kan ha i oppdragene, eller om alle prosesser kan tilpasses hver enkelt kommune.

Å lese og tolke forskning krever kompetanse og forkunnskap, blant annet i å vurdere kvaliteten på forskningen som er utført. Blant utfordringene vi har møtt er at en del oversiktene rett og slett ikke er så gode. Det kan være mangel på protokoll, lite eller ikke beskrevet søkestrategi eller at de ikke har vurdert kvalitet på inkluderte studier. Tematisk sett kan de være gode, men metodisk sett er de utydelige. Dette krever det forskningsmetodisk kompetanse å avdekke. Det er viktig at arbeidet gjøres så grundig og gjennomslutning som mulig slik at det ikke stilles tvil ved den oversikten som blir omtalt. En annen utfordring er at det finnes relativt lite forskning i og på kommunehelsetjenesten.

Dette medfører avveininger om hvor strenge vi kan og bør være i utvelgelsen av oversikter vi kan omtale.

Vi har også arbeidet mye med GRADE i prosjektet. Det er utfordrende å tydeliggjøre hva GRADE innebærer og hvordan dette skal kommuniseres. Det kan være vanskelig å forstå hva som er hensikten med å formidle resultatene fra forskningen om vi har lav tillit den. Dette kan bli et viktig element i opplæringen av mottagere. Å formidle tilliten vi har til forskningen har også vært diskutert i de tilfellene vi ikke har kunnet gjøre en GRADE-vurdering. Slike vurderinger er viktige, men tar gjerne stor plass i omtalen. Dette er noe som fortsatt er under utvikling.

Søkene har vært et annet diskusjonspunkt. Hva er et godt nok søk? Og hva gjør vi når det ikke er tilgang til bibliotekar? I prosjektet har vi hatt workshops på litteratursøk og veiledning. Generelt har vi sett viktigheten av tett samarbeid mellom bibliotekar og forsker fra en tidlig fase i prosjektene. Dette er viktig for å avklare PICO, og sparer en for mye ekstra arbeid i etterkant. Søk kan også bli en større utfordring om modellen skal oppskaleres til å inkludere flere og etter hvert alle norske kommuner. Til nå har bibliotekarer ved FHI gjort mange av søkene, og forskere ved FHI har skrevet mange av omtalene. Dette vil det ikke være kapasitet til hvis modellen skulle oppskaleres til flere kommuner og regioner. En bør derfor se på hvordan dette kan løses mer effektivt i det videre arbeidet.

Vi har også diskutert hvor langt prosessene kan og bør gå. Noen av prosessene har stoppet opp uten at de har blitt slutført, og andre prosjekter har vi avsluttet etter publisering av forskningsomtale. Flere har uttrykt at det er bra at forskerne følger dem opp også etter publisering av omtale, da det hjelper dem å holde fokus på hvordan den kan brukes. Selv om det er ønskelig å gjennomføre hele prosessen lar det seg ikke alltid gjøre, blant annet på grunn av ressursmangel i kommunene. Tilbakemeldingene fra oppdragsgiver tilsier at prosessen er nyttig i seg selv, og den skaper bevisstgjøring og systematisk tilnærming underveis. Enkelte har også meldt tilbake at det er greit at prosessen trekkes litt ut i tid, da det kan gi bedre rom for refleksjon og eget arbeid.

Publisering og formidling

Publisering av forskningsomtalen og andre dokumenter har vært en gjennomgående utfordring i prosjektet. Hvor og hvordan skal forskningsomtalen publiseres for å nå flest mulig at kommuneansatte, byråkrater og andre interesserte? Det finnes allerede mange fagmiljø som publiserer saker av interesse for målgruppen, men det er usikkert hvor tilgjengelig det er for kommuneansatte i en travel hverdag, og om og hvordan det blir brukt. En annen utfordring som omhandler publisering, er at temaene for oppdragene er ulike innen ulike fagområder. Det kan være hensiktsmessig å samle alt materiale fra KSF Vest på en ny regional eller nasjonal nettside. Andre muligheter er eksisterende nettider som Helsebiblioteket eller Omsorgsbiblioteket som muligens når flere ansatte i kommunene. Vi ønsker også å kunne publisere en oversikt over kunnskapsbehovene som blir sendt inn og kunnskapshullene som blir avdekket i oppdragene. Dette kunne vært relevant informasjon for forskere som planlegger prosjekter og for å unngå at flere fagmiljø planlegger liknende prosjekter.

En viktig tilbakemelding fra evalueringen fra den første piloten var at ansatte i kommunen syntes formidling av forskningsbasert informasjon var utfordrende og at det var en av grunnene til at forskningsomtalen ikke ble tatt i bruk. Vi har derfor arbeidet mye med kompetanse på metode og formidling av metode i prosjektperioden, særlig i de enkelte oppdragene. Samtalerekken er lagt opp slik at vi forklarer gjennomgående de ulike elementene som utgjør kunnskapsbasert praksis og oppdragsgiver må i stor grad være delaktig i forhold til utvikling av PICO, valg av systematisk oversikt

og plan for videre bruk av forskningsomtalen. Formidlingsseminar er et annet eksempel, de vi bruker resultater fra et prosjekt, til å nå ut til enda flere. Da er oppdragsgiver, i samarbeid med forskerne, sentral for å formidle resultatene fra det aktuelle oppdraget.

Formidlingen av forskningsomtalen er helt sentral for å styrke forståelsen av produktet. Hva betyr det f.eks. for hver enkelt kommune at det er påvist stor effekt av et tiltak, men mindre tillit til dokumentasjonen (f.eks. studiedesign, få studier, lokale variasjoner, liten gruppe, ingen kontrollgruppe, mv.) - eller usikker effekt, men god dokumentasjon? Slike faktorer er viktig å løfte frem og diskutere i kommunenes egen kontekst.

I prosjektet har vi jobbet vel så mye med modellutvikling og kontinuerlig forbedring av metoden, som med hvert enkelt tema innen de ulike oppdragene. Det metodiske versus det faglige har vært en utfordring å formidle. Vi har derfor prøvd å formidle bredt, for eksempel på konferanser i regi av KS, nettverk for implementeringsforskning og HOD. Samtidig prøver vi å formidle prosjektene som er mer fagspesifikke, for eksempel til Fysioterapeuten, Dagens Medisin og på Konferanse for e-helse. Vi har da erfart at vi må være tydelig på at det er en metode og verktøy vi utvikler som kan brukes bredt innen flere fagfelt og tiltak. Tilbakemeldingen i formidlingsarbeidet har også vært at det er nettopp metodikken, den systematiske tilnærmingen, som er viktig for kommunene, og som pr. i dag ikke finnes nasjonalt.

I prosjektet har vi vært flere aktører og det har derfor vært viktig fra start å tenke enhetlig når det gjelder hvordan vi presenterer oss. Det er viktig å ha en helhetlig profil for at leserne kan gjenkjenne prosjektet og oppsettet. Vi har fra start av hatt fokus på å lage et enhetlig design som enkelt kan benyttes av andre samarbeidspartnere, både forskningsinstitusjoner og kommuner. Vi har derfor laget maler der ansvarlig institusjon kan sette inn sin egen logo og profilfarge, men hvor oppsettet ellers er likt. Vi har også erfart at det må være enkelt for forskerne å lage forskningsomtalen på egenhånd, og vi har derfor laget det i en digital presentasjon slik at alle skal kunne gjøre det uten ekstern hjelp.

Modell 2: Utprøving av 'Kunnskapsbroen,' klyngesamarbeidet for Sør-Rogaland

Modellbeskrivelse

Modellen Kunnskapsbroen består av fem trinn. I dette kapittelet beskrives hensikten med modellen og de ulike trinnene, samt hva som har skjedd i prosjektperioden. Videre vil erfaringer hentet inn i møter og digitalt fra de ulike trinnene i Kunnskapsbroen presenteres.



Bakgrunn, hensikt og overordnet mål

Som en del av utvikling og utprøvingen av KSF ble det etablert et klyngesamarbeid mellom alle 15 kommuner i Sør-Rogaland for å samarbeide om forskning innen helse- og omsorgstjenester. Prosjektet «En ny modell for et kunnskapssystem for kommunene» inkluderte alle kommunene i KSF Vest-regionen, inklusive de 15 kommunene i Sør-Rogaland. Erfaringer fra piloten til det prosjektet viste blant annet økt behov for kompetanse i kunnskapsbasert praksis (KBP) i kommunene. På bakgrunn av det søkte, og fikk, Klyngesamarbeidet i Sør-Rogaland midler fra Statsforvalteren til prosjektet Kunnskapsbroen. Det overordnede målet var å prøve ut en ny modell for å styrke tjenestenes muligheter for å drive kunnskapsbasert praksis (KBP).

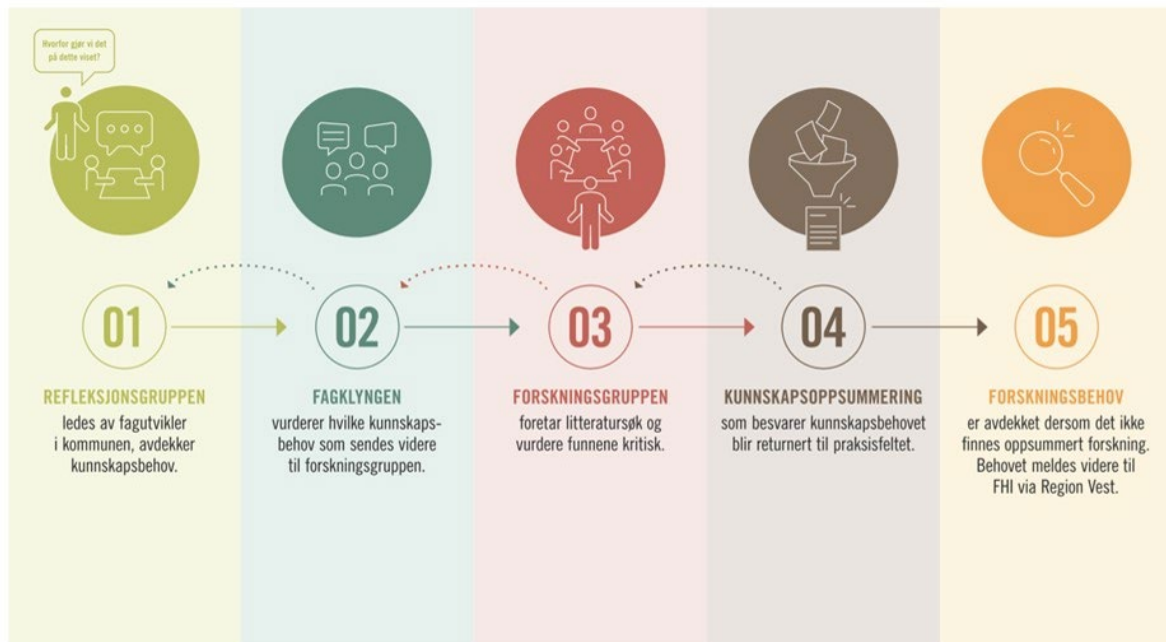
Det er en utfordring for helse- og omsorgstjenestene å etablere og vedlikeholde kunnskapsbasert praksis, av flere grunner. Helsepersonell ansatt i kommuner har begrenset tilgang til forskningsdatabaser, og for å søke etter forskning kreves det særskilt kompetanse få har. Videre er det krevende å lese språket forskere bruker for å formidle resultater, og det er krevende å vurdere kvalitet og relevans ved forskning. Disse elementene blir barrierer for å ta i bruk forskning. Det er behov for et system for kunnskapsstøtte som gjør forskning lettere tilgjengelig for tjenestene, som peker på forskningsbehov med relevans for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er også behov for å øke forskningsrelevant kompetanse blant kommunalt ansatte. Kunnskapsboren adresserer alle disse behovene

Det ble etablert et samarbeid med FHI, som tilbød veiledning av prosjektleder og forskergruppen i gjennomføring av Kunnskapsbroen, og videre kunne erfaringer fra Kunnskapsbroen bidra inn i det regionale arbeidet med å utvikle en modell for et kunnskapssystem.

Kunnskapsbasert praksis (KBP)

Som nevnt i innledningen innebærer KBP at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Ved å bruke *forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap i den respektive konteksten* bedrer vi kvaliteten på tjenestene våre. Det er seks stadier i KBP: refleksjon over egen praksis; formulere spørsmål; søke etter forskningsbasert kunnskap; kritisk vurdere forskningen; anvende forskningsbasert kunnskap *med* erfaringsbasert kunnskap og brukerens behov; og til slutt evaluere egen praksis (Jamtvedt et al., 2003). En viktig bærebjelke for kunnskapsbasert fagutøvelse er systematiske kunnskapsoversikter. De gir en samlet oversikt over forskningsstatus innen et felt, og ved å bruke gode, systematiske oversikter kan en danne et helhetlig bilde av status over kunnskap.

Kunnskapsbroen – beskrivelse av prosjektet og hva som har skjedd



Modellen ble utviklet for å prøve ut en metodikk med mål om å skape en nærmere forbindelse mellom tjenesteområdene og forskningsfeltet, ved å gjøre forskningsresultater lettere tilgjengelig for tjenestene og avdekke områder tjenestene har behov for forskning. I modellen ligger også et potensial for å øke kommunalt ansattes kompetanse i KBP, især det som handler om forskning.

Både i forkant av prosjektet, og i løpet av prosjektperioden, ble det jobbet med forankring av klyngesamarbeidet blant kommunalsjefer, og med rekruttering av deltagere til prosjektet. Det var et ønske å rekruttere så mange som mulig, men dette var utfordrende fordi oppstarten sammenfalt med en ny bølge med Covid. Leder av klyngesamarbeidet og prosjektleder av Kunnskapsbroen hadde møter med kommunalsjefer innen helse og velferd i nesten alle kommunene. Hensikten med møtene var todelt: å vise mulighetene som ligger i et samarbeid om forskning, og å vise arbeidsmetodikk og muligheter for gevinster ved et prosjekt som Kunnskapsbroen. Møtene bidro positivt til rekruttering, der flere kommuner ble med i løpet av prosjektperioden, og totalt 10 av 15 har deltatt/deltar.

Refleksjonsgruppen

Det første trinnet i Kunnskapsbroen er refleksjonsgruppen. Hensikten med refleksjonsgruppen er å stimulere fagutøvere til å stille spørsmål ved egen praksis, og identifisere områder der de har behov for mer kunnskap, samt vurdere relevansen av ny kunnskap de får tilgang til gjennom prosjektet. Det er 10 kommuner som har deltatt: Stavanger, Sandnes, Strand, Sola, Randaberg, Hå, Gjesdal, Time, Klepp, og Egersund. Refleksjonsgrupper har vært prøvd ut i et bredt spekter av tjenesteområder: hjemmesykepleie, boliger for personer med utviklingshemming, fysio- og ergoterapi, hverdagsrehabilitering, friskliv, og rehabilitering sykehjem. I flere av kommunene er refleksjon lagt inn som en del av allerede etablerte møter, mens enkelte kommuner har etablert egne møter for refleksjon. Refleksjon i grupper ledes av fagutvikler, fagrådgiver eller leder.

En kommune trakk seg fra prosjektet etter halvannet år på grunn av at fagutvikleren som deltok byttet arbeid og de klarte ikke å finne en erstatting.

Fagklyngen

Andre trinn i Kunnskapsbroen er Fagklyngen, samlinger for fagutviklere, fagrådgivere og ledere som har ledet refleksjonsgrupper i egen kommune. Målet med samlingene har vært å etablere en felles forståelse for hensikten og metodikken i prosjektet, reflektere rundt kunnskapsbehovene som har kommet inn, samt øke kompetansen i KBP.

Fagbakgrunnen til deltagerne: 9 sykepleiere, 2 vernepleiere, 4 fysioterapeuter og 3 ergoterapeuter. Fra november -21 til januar -23 har det vært 7 samlinger i Fagklyngen, med tema:

- Kunnskapsbasert praksis
- Refleksjon og undring – hva vil det si?
- Kunnskapsbehov fra praksisfeltet – hva har kommet frem i refleksjonsgruppene?
- Hvordan «kna» kunnskapsbehovene slik at vi kan søke etter forskning?
- Hvordan sette egne kunnskapsbehov opp etter PICO/PICo¹.
- Enkle litteratursøk, veiledning fra bibliotekar FHI.
- Hvordan bygge system for kunnskap? Hva trenger praksisfeltet?

Det ble meldt inn kunnskapsbehov i to omganger, 15 i første omgang og 11 i andre omgang. Behovene er meldt inn muntlig eller ved e-post. Kunnskapsbehovene er diskutert i Fagklyngen og formidlet videre til Forskergruppen som har besvart kunnskapsbehovene i form av omtaler av systematiske kunnskapsoppsummeringer (forskningsomtaler), ved å vise til nasjonale retningslinjer og prosedyrer, eller ved uttalelse/veiledning fra ekspert/kompetansesenter. Kunnskapsbehovene som ikke har blitt besvart vil bli stående som forskningsbehov.

Forskergruppen

Hensikten var at forskergruppen skulle søke etter systematiske kunnskapsoppsummeringer relatert til kunnskapsbehovene, og kritisk vurdere det som den eventuelt finner før det skrives om til et enklere format (forskningsomtale etter mal fra FHI) og deles med praksisfeltet/tjenesteområdene.

Det er fire personer som har deltatt i forskergruppen; to med doktorgradskompetanse og to som er i et doktorgradsforløp. Det er kun en person som har hatt dedikert tid til dette arbeidet, de tre andre har hatt det som en oppgave ved siden av det de «egentlig» gjør. Forskergruppen har hatt jevnlige møter, og har jobbet videre med de 15 kunnskapsbehovene fra første omgang. Det har blitt brukt en del tid på å utarbeide en metodikk for arbeidet, og gruppen har fått veiledning av forskere ved FHI. Denne veiledningen har handlet om:

- litteratursøk
- kvalitetsvurdering av kunnskapsoppsummeringer
- bruk av GRADE² for å vurdere tillit til resultater
- hvordan skrive forskningsomtaler, og fagfellevurdering av omtaler
- spredning og formidling av resultater

¹ PICO er en engelsk forkortelse for «pasient», «populasjon» eller «problem» (patient, population, problem), «intervensjon» eller «eksponering» (intervention, exposure), «sammenlikning» (comparison) og «utfall» (outcome). PICo er forkortelse for «populasjon» eller «problem», «interessefenomen» (for eksempel synspunkter, holdninger, erfaringer etc.), og kontekst (context). PICO er egnet for spørsmål som besvares med kvantitative forskningsdesign mens PICo er med liten o er mer egnet til spørsmål som besvares med kvalitativ forskningsmetode.

² Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Det er kommet inn ulike typer kunnskapsbehov:

- kunnskapsbehov som besvares med en nasjonal retningslinje og prosedyre (VAR³)
- kunnskapsbehov som besvares med en kunnskapsoppsummering og omtale av denne
- kunnskapsbehov som besvares med vurdering/uttalelse fra ekspert/kompetansesenter
- kunnskapsbehov der forskergruppen ikke finner svar, det er behov for forskning.

Basert på de 15 kunnskapsbehovene fra første runde er det (se oversikt i tabell 4):

- utarbeidet tre forskningsomtaler (av systematiske kunnskapsoppsummeringer), der en er publisert i fagtidsskriftet Fysioterapeuten.
- vist til en systematisk oppsummering som nylig var utarbeidet av FHI
- avdekket syv områder med forskningsbehov
- henvist til uttalelse fra ekspert relatert til ett kunnskapsbehov.
- det er fire kunnskapsbehov der arbeidet pågår / avventer.

Tabell 4: Oversikt over kunnskapsbehovene fra første runde, med status per 24.04.23.

	Kunnskapsbehov runde 1	Status/resultat
1	Rus og psykiatri, sikkerhet - hvordan bygge relasjoner, og ivareta pasientens integritet samtidig ivareta ansattes sikkerhet? Hvor går grensen for taushetsplikt når helsepersonell opplever seg truet og kontakter politiet?	Ferdigstilt Avklaringer med de som meldte inn behovet og jurist med særskilt kunnskap i helserett. Ikke relevant å søke etter forskning
2	Hvordan fremme motivasjon for egenmestring (forebyggende medisiner, pusteteknikker osv) ved forverring blant KOLS pasienter, slik at en kan forebygge innleggelse sykehus.	Pågår
4	Sammenligne to ulike metoder for opptrening av gangfunksjon blant nevrologiske pasienter.	Ferdigstilt Forskningsomtale klar. Gangtrening på tredemølle med oppheng versus vanlig gangtrening for pasienter med ryggmargsskade
5	Hvordan motivere til egentrening? Motivasjon for egentrening, hva kan fysioterapeuten gjøre når pasienten ikke etterlever foreskrevet egentrening (adherence to home-based exercise)?	Ferdigstilt Forskningsomtale klar. Hva kan forutsi om pasienter gjennomfører egentrening
6	Hvilken forskning legges til grunn for langvarig bruk av elastiske støttestrømper?	Ferdigstilt Kunnskapsoppsummering fra FHI foreligger, leggsår. Forskningsbehov angående venetrombose og mobilitet.
7	Hverdagsrehabilitering: Hva er beste trening for å få brukerne selvstendig? Er det nok å trene på selve aktiviteten brukeren har som mål å klare, eller trenger de mer spesifikk trening f.eks. styrke eller balanse?	Pågår Litteratursøk ferdig, klar for kvalitetsvurdering og dialog med spørsmålsstiller om relevans av oppsummering.

³ VAR Healthcare er en database med oppdaterte prosedyrer og nyttige funksjoner for bruk i praksis.

8	Hvordan implementere endringer ute i virksomhetene – motivasjon for endring i tjenestene? Hva kan styrke/sørge for god implementering av endringer i helsetjenester?	Avventer
9	Utviklingshemning og selvmord: Forekomst, risiko, forebyggende tiltak	Pågår Litteratursøk ferdig, klar for kvalitetsvurdering av 4 oppsummeringer
10	BPA og ivaretagelse av brukers rettssikkerhet: Faglig forsvarlig tjeneste og forsvarlig arbeidsmiljø. Hvordan følge opp (innsyn i tjenestene)?	Ferdigstilt Finner lite forskning
11	Utfordrende atferd i form av klining med avføring/avføringsproblematikk; forekomst, kjennetegn og tiltak/behandling.	Ferdigstilt Finner lite forskning
12	Effekt av ulike tiltak innen ernæring for å forebygge fall blant eldre	Ferdigstilt Forskningsomtale klar Tilskudd av D-vitamin for forebygging av fall blant eldre
13	Årsaker til klyping blant personer med utviklingshemming	Ferdigstilt Finner lite forskning
14	Finnes det tall på forventet bistand i voksen alder for personer med Smith Magenis` syndrom?	Ferdigstilt Ingen relevant forskning funnet
15	Sunt kosthold og utviklingshemming - hvordan fremme sunt kosthold blant personer med utviklingshemming?	Ferdigstilt Finner lite forskning

Forskningsbehov

Av de 15 kunnskapsbehovene som kom inn i første runde ble det ikke funnet relevante kunnskapsoppsummeringer relatert til seks av dem, det er her avdekket behov for forskning. Et kunnskapsbehov ble bare delvis besvart, og det er forskningsbehov for det resterende. Det er ikke klarlagt hvordan disse forskningsbehovene skal formidles videre, men de danner grunnlag for å kunne si noe om kommunale kunnskapsbehov. Dersom kommunene velger å fortsette med arbeidsmetodikken i Kunnskapsbroen vil denne «banken» med ubesvarte kunnskapsbehov – forskningsbehov – vokse, og etter hvert danne et mer helhetlig bilde av områder med behov for mer forskning.

Erfaringer med modell 2

Overordnet hensikt med Kunnskapsbroen var å prøve ut en ny modell for å styrke tjenestenes muligheter for å drive kunnskapsbasert praksis ved utprøving av et system for å gjøre forskning lettere tilgjengelig for tjenestene, og som peker på forskningsbehov med relevans for de kommunale helse- og omsorgstjenester. Det var definert mål relatert til hvert trinn i modellen Kunnskapsbroen, under vil måloppnåelse relatert til hvert av disse trinne vurderes. Vurderingene er basert på innspill fra de som har deltatt i prosjektet.

Refleksjonsgruppene

Det er etablert refleksjonsgrupper i flere deltagende kommuner, det er meldt inn spørsmål basert på det deltagerne lurte på, og det er kommet noen svar i retur som er formidlet og diskutert - men det er likevel for tidlig å konkludere med at hensikten med refleksjonsgruppene er nådd. Det vil ta tid å bygge opp nødvendig kompetanse og kultur i tjenestene før vi kan si at modellen er godt utprøvd. Det vi *kan* si er at prosessen er kommet i gang, det er operative grupper av fagutøvere i flere kommuner som kan danne grunnlag for å høste læring.

Deltagere i refleksjonsgrupper beskrev det som lærerikt og nyttig å reflektere over egen praksis, og verdifullt å få mulighet til å stille spørsmål. Men de fant det utfordrende å formulere spesifikke og klare spørsmål, og beskrev at de trenger mer kompetanse i dette. Det planlegges å tilby lokale samlinger i de ulike kommunene for å møte dette kompetansebehovet. Det er behov for å utarbeide et skjema for å melde inn kunnskapsbehov, det vil gjøre arbeid med å stille klare spørsmål lettere. Prosjektet *En ny modell for et kunnskapssystem for kommunene* har allerede utarbeidet et skjema som kan tilpasses vår bruk. Videre beskrev deltagerne det som utfordrende at det tok lang tid å få forskningssvar. I prosjektperioden har denne prosessen vært ekstra tidkrevende fordi det var nødvendig å utarbeide rutiner for alle trinn forskningsgruppen skulle jobbe seg gjennom. Dette vil sannsynligvis bli mer strømlinjeformet fremover, ettersom det nå er valgt metodikk og laget rutiner for hele prosessen. En følge av at forskningssvarene har tatt tid har medført at det foreløpig er et tynt erfaringsgrunnlag når det gjelder å overføre resultatene til praksisfeltet. Det ble påpekt at ved formidling og spredning av resultater er det et behov for å utarbeide hensiktsmessige rutiner. Videre når det gjelder bruk av forskningssvarene i praksisfeltet ble det fremhevet at arbeidet og prosessene i Kunnskapsbroen må forankres på et overordnet nivå, og at det bør etableres en felles forståelse av hva det arbeides med slik at avgjørelser knyttet til bruk av forskningssvar er forankret i hele organisasjonen.

Fagklyngen

Det er etablert en samling for fagutviklere /-rådgivere fra alle deltagende kommuner, det er jobbet med å etablere en felles forståelse for modellen i samlingene, og kompetansen i KBP er blitt bedre. Når det er sagt, arbeidet er fremdeles i startgropen og det er behov for å prøve modellen ut over lengre tid.

Deltagerne i fagklyngen trakk frem at organiseringen vil bli mer robust med tverrfaglig representasjon fra alle kommuner, det vil si at hver kommune har en gruppe bestående av sykepleier, vernepleier, fysioterapeut, og ergoterapeut. Videre trakk de frem at det bør være ressurspersoner/fagutviklere i alle virksomheter, og at de kan bidra til å få frem gode spørsmål og håndtere svarene som kommer i retur. De kan fungere som lokale «KBP-eksperter» som er tett på praksis. Videre påpekte de at for å forankre arbeidsmetodikken bør det være en kultur for endring, og ledelsen må være tydelig involvert. Det holder ikke å informere om et resultat for å få til en

endring, det må følges opp over tid. Ledelsesforankring på systemnivå er derfor av stor betydning, for at ikke arbeidet skal bli avhengig av ildsjeler for å overleve.

Kunnskapsbasert praksis handler også om erfaringsbasert kunnskap og det ble fremhevet at det er litt tilfeldig om et fagmiljø/en tjeneste hører om en arbeidsmetodikk som de også kunne hatt god bruk for, basert på utfordringer de står overfor. Det ble foreslått at det kunne vært hensiktsmessig å jobbe systematisk med å innhente erfaringsbasert kunnskap også, tilsvarende slik Kunnskapsbroen jobber systematisk rettet mot å innhente forskningsbasert kunnskap.

I etableringen av en ny arbeidsmetodikk ble det fremhevet at det er viktig med nok ressurser, spesielt med tanke på at det er ekstra ressurskrevende i en lærings- og utviklingsfase. Det kan være nyttig å se ressursbruk opp mot både bærekraft og mot potensialet som ligger i en modell for kunnskapsstøtte til kommunene. Vi må vite at det vi gjør er hensiktsmessig og virker, og forskning kan være et egnet verktøy for å finne svar på det. Dette innebærer også at resultatet kan bli å slutte med det som ikke virker etter hensikten, noe som kan bety frigjøring av ressurser.

For å sikre god spredning i resultater, og for å bidra til at resultatene iverksettes, ble det fremhevet at det er viktig å spre dem til mange, ikke bare en person. Det bør opprettes en nettside for forskningsomtaler slik at de er lette å finne. Videre ble det foreslått å ta opp kunnskapsbehov og svarene som foreligger i kvalitetsutvalg i kommunene. Resultatene kan også spres via Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester og regionale nettverk. Det ble foreslått å foreta en risiko- og sårbarhetsanalyse for konsekvenser av implementering der risiko ved å slutte / ikke slutte med tiltak kan vurderes. Ved spredning og implementering bør vi være bevisst på forskjellen på å spre «smale» resultat til et begrenset fagfelt, og et resultat med bredere interesse som bør spres til mange flere.

Forskergruppen

Arbeidet forskergruppen var satt til å løse er relativt ressurskrevende, det tar tid å søke etter forskning, vurdere kvalitet og skrive omtaler. Det er viktig at det prioriteres nok ressurser til dette arbeidet for at det ikke skal bli en flaskehals. Det er vanskelig å anslå hvor lang tid det har tatt å arbeide med de ulike kunnskapsbehovene, på grunn av svært ulike problemstillinger. Med erfaring og rutiner for arbeidet vil det antageligvis kreve mindre.

Kunnskapsbehovene ble fordelt enkeltvis for individuelt arbeid. Dette var sårbart med tanke på ulik kompetanse blant deltagerne, og det hadde vært gunstigere å arbeide i par også for kvalitetssikring. Prosjektet hadde vært vanskelig å gjennomføre uten veiledningen fra en akademisk partner med rett kompetanse. Dette peker på et sentralt poeng; arbeidet som forskergruppen skal gjøre trenger samarbeid med en akademisk institusjon for veiledning og kvalitetssikring, samt fast samarbeid med bibliotekar for å kvalitetssikre litteratursøk. Dette har FHI bidratt med til nå, på sikt vil det være hensiktsmessig og etablere et lokalt samarbeid.

Arbeidet som forskergruppen har gjort krever ikke doktorgradskompetanse, det vil være tilstrekkelig med en mastergrad, forutsatt god veiledning. Dette kan være spennende oppgaver for ansatte med mastergrad, og vil bidra til at flere får hevet kompetansen i å søke etter forskning, og vurdere kvalitet ved forskning.

Det er utarbeidet rutiner for arbeidet i prosjektet Kunnskapssystem for kommunen, som med fordel kan tilpasses og brukes i Kunnskapsbroen. For eksempel rutiner for kontakt og dialog med kommunene når det gjelder både avklaring og presisering av kunnskapsbehov, og rutiner for implementering av ny kunnskap.

Det kom frem at det ville være gunstig å bygge opp et nettverk av personer som både kan bidra med å behandle kunnskapsbehov, men også veilede og drive kompetanseheving i praksisfeltet. Det er allerede fagutviklere, eller fagrådgivere i flere virksomheter, som kunne være naturlige å tenkes inn i et slikt nettverk. Det er viktig at det er avsatt tid, og at personene det gjelder får god opplæring og veiledning slik at de føler seg trygge på at de har kompetansen de trenger.

Forskergruppen belyste også at vi trenger å utvikle en god modell for spredning av resultater til relevante fagmiljø og beslutningstagere. Et viktig aspekt her er at det er stor faglig forskjell på kunnskapsbehovene som er kommet inn, og de fleste behovene er ganske «smale». Dette har betydning for valg av hvordan vi sprer resultater, og implementering av resultater.

Med bakgrunn i at det har vært stor variasjon i kunnskapsbehovene som kom inn så kunne det vært en tanke å jobbe mer med å bearbeide spørsmålene i refleksjonsgruppen før behovene sendes forskergruppen. Dette sammenfaller med at praksisfeltet også har uttrykt ønske om å øke kompetansen. Et viktig sted å starte vil være å søke i retningslinjer og prosedyrer slik at praksisfeltet raskt finner svar på denne typen spørsmål.

Arbeidsutvalget (AU) i Klyngesamarbeidet for forskning i Sør-Rogaland

AU er sammensatt av en representant fra helse- og omsorgstjenestene i de deltagende kommunene og en representant fra KS. Stavanger er motorkommune og leder AU. AU stod bak prosjektsøknaden, og har kommet med innspill til utvikling gjennom hele perioden, og nå til evalueringsrapporten.

AU fremhevet at det er viktig å få frem at prosjektet startet opp midt i en ny Covid-bølge. Dette forsinket arbeidet samt bidro til at det var krevende å få opp engasjement for prosjektet parallelt med at de samme tjenestene skulle håndterte en pandemi. På den annen side så fremhevet pandemien betydningen av oppsummert forskning for beslutningsstøtte, FHI var en sentral part i den nasjonale håndteringen. Dette gjorde det enklere å formidle hva hensikten med Kunnskapsbroen var.

Videre ble organisering og forankring trukket frem som en generell utfordring. Det er lite kultur for forskning, tjenestene er hovedsakelig driftsorientert og dette kan bidra til motstand mot potensielle endringer. Det er avstand mellom forventningen til forskning på den ene siden og manglende kultur for forskning på den andre siden. Behovet for en sterk forankring henger sammen med risiko for at Kunnskapsbroen kan bli et «ildsjel»-prosjekt. Dette skjedde i en kommune som var svært aktive, men som strevde med å fortsette når en nøkkelperson sluttet.

Det ble påpekt at modellen er god med tanke på at det er en lavterskel løsning. Den er bottom-up og det er smart og matnyttig. Men, det er likevel utfordrende å få kunnskapen ut i praksisfeltet. Det må etableres et godt system for spredning, implementering og etterlevelse av resultater.

Den interkommunale samarbeidsstrukturen ble fremhevet som verdifull og nyttig. Modellen blir mer robust med flere kommuner enn om den enkelte kommune skulle dra et slikt arbeid alene. Det hadde vært svært krevende og lite hensiktsmessig.

Oppsummering av de to modellene

Vi har nå beskrevet to ulike modeller som har vært prøvd ut i et samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune, Stavanger kommune, Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, Klyngesamarbeidet for helse og omsorg i Sør-Rogaland, KS, FHI og HVL. Her vil vi kort sammenfatte de to modellene før vi går over til en diskusjon knyttet til erfaringene fra de to prosjektene.

Fokus i «kunnskapssystem for kommunene»

Dette er en modell for kunnskapsstøtte med vekt på kommuneansatte (forslagsstiller) sine formuleringer av kunnskapsbehov, forskernes utarbeiding av forskningsomtaler og forskerstøtte til å ta beslutninger med omtalen som et av beslutningsgrunnlagene. I dette prosjektet har fokus vært på å identifisere og formidle oppsummert forskning innenfor temaer som er relevant for og etterspurt av ansatte og ledere i kommunene, samt å gi støtte til å identifisere rammebetingelser for anvendelse av forskningen, med et mål om å fasilitere kunnskapsbaserte beslutninger.

Fokus i «kunnskapsbroen»

Dette er en modell for kunnskapsstøtte som vektlegger at grupper av ansatte fra praksisfeltene kollektivt formulerer kunnskapsbehov og øker sin kompetanse i kunnskapsbasert praksis, med hovedvekt på bruk av forskningsbasert kunnskap. Gjennom den kollektive erfaringen og kompetansen med å avdekke og formulere kunnskapsbehov som bygges opp i tjenesteområdene vil en slik modell kunne bli mindre ressurskrevende i framtiden enn i utviklingsfasen. Styrker ved modellen er at områder med behov for forskning avdekkes og besvares, og at forskningsrelevant kompetanse i kommunene øker.

Er det behov for en modell, begge modellene, eller en syntese?

De to modellene, 'Kunnskapsbroen' og 'Kunnskapssystem for kommunene', er dels overlappende og utfyllende. Der Kunnskapsbroen særlig vektlegger praksisfeltets formulering av kunnskapsbehov og kompetanseheving i praksisfeltet som en kollektiv kompetansehevende prosess, retter Kunnskapssystem for kommunene seg i større grad mot forskerstøtte til utarbeidelse av forskningsomtaler etterspurt av beslutningstagere og mot støtte i deres beslutningstaking og implementeringsprosesser. Bakgrunnen til deltagerne i prosjektene gjenspeiler dette; de fleste som er involvert i Kunnskapsbroen er fra praksisfeltet og organisert i refleksjonsgrupper og i fagklyngen, mens forskergruppen har få ressurser avsatt. Kunnskapssystem for kommunene har på den annen side få faste deltagere fra praksisfeltet, men er betydelig sterkere når det kommer til bibliotekar- og forskerstøtte. For å få til et bærekraftig kunnskapsløft for kommunale helse- og omsorgstjenester og godt fungerende kunnskapsstøtte vil det være behov for elementer fra begge modellene.

Oppskalering av kunnskapsstøtte til alle landets kommuner

I denne delen oppsummeres de viktigste momentene fra rapporten, og det defineres mål for hva som er viktig å jobbe med videre for at det skal kunne være mulig å oppskalere til permanente strukturer for kunnskapsstøtte som inkluderer alle landets kommuner. Med oppskalering mener vi her en etablering av strukturer for kunnskapsstøtte basert på de modellene som er utprøvd, og at disse strukturene skal kunne videreutvikles til å inkludere flere kommuneklynger og regioner i Norge. Gjennomgangen av erfaringene fra pilotene viser at det særlig er fire områder som peker seg ut som sentrale å ta hensyn til når det gjelder spredning av modellene til andre kommuneklynger og regioner. Disse områdene er: forankring på ulike nivå, ressursbruk og finansiering, kompetansebehov og formidling. Vi vil diskutere de fire områdene i denne delen.

Forankring og organisering

Politiske dokumenter fremhever viktigheten av tilgjengeliggjøring av forskning, kunnskapsbasert praksis og kompetanseløft i kommunene. Videre fremhever «[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)» at virksomheten plikter å innhente tilstrekkelig kunnskap til å planlegge og gjennomføre virksomhetens aktiviteter. Det bør likevel tydeliggjøres hvem som skal gjennomføre et slikt arbeid, hvem som skal bidra med ressurser og kompetanse, og hvordan det skal gjennomføres. Det kan også være et spørsmål om vekting av hver enkelt kommunes kunnskapsbehov, i forhold til hva som bør være nasjonalt eller regionalt styrt og forankret.

En viktig forutsetning for gode modeller for kunnskapsstøtte i kommunene er at kunnskapsbehovene og de etterfølgende prosessene forankres i ledelsen i hver enkelt kommune. Erfaringene fra disse to modellutprøvingene viser viktigheten av at kommunene selv føler eierskap til sine prosesser, og at regionale og nasjonale kompetansemiljøene først og fremst er en støttefunksjon. Kunnskapsarbeidet og implementeringen avhenger av at ledere i kommunene ser viktigheten av det, og at det forankres i planarbeid og strategidokumenter, samt på ulike nivåer i den kommunale ledelsen, politisk og administrativt. Forankringen av prosjektene i KSF-strukturen har vært viktig for dette, og har vært sentralt i begge kommuneklyngene hvor modellene har vært utprøvd. Slik forankring er viktig for å unngå at arbeidet avhenger av enkeltpersoners innsats og engasjement, da det gjerne er stor utskifting av personell. Videre har KSF Vest har også vært en viktig struktur for å samle sentrale aktører både fra forskningsmiljøer og kommuner som deler kunnskap og erfaringer. Motorkommunene, Bergen og Stavanger, med noe større ansvar og ressurser, har vært viktige drivere for å styrke kunnskapsarbeidet.

Erfaringene fra pilotprosjektene viser viktigheten av å inkludere regionale kompetansemiljøer som kan gi metodestøtte, som i region Vest har vært Høgskulen på Vestlandet ved Senter for omsorgsforskning, Fagseksjon kunnskapsbasert praksis og høgskolen sin bibliotekstjeneste, og ansatte med forskerkompetanse i Stavanger kommune. I en oppskalering av strukturene for kunnskapsstøtte vil det være viktig med regionale miljøer ved utdannings- og forskningsinstitusjoner, som jobber på tvers av fag og har metodekompetanse innen oppsummert forskning og implementering. Slik kan regionale miljøer samarbeide med kommunene om konkrete kunnskapsbehov og prosjekter. I tillegg har det vært viktig å ha med en nasjonal aktør med ansvar for metodeutvikling, veiledning av regionene, undervisningsmateriale og kunnskapsdeling. Denne rollen har FHI hatt i disse to modellutprøvingene.

Ressursbruk og finansiering

Kunnskapsstøtte for kommunene krever ressurser på flere områder, både nasjonalt, regionalt og lokalt. Kommunene har for eksempel ikke de samme faglige rammebetingelsene for å jobbe forskningsbasert, hverken økonomisk eller når det gjelder kompetanse, som spesialisthelsetjenesten, hvor forskning og ny kunnskap er lovpålagt som ett av fire primære ansvarsområder.

Vår erfaring tilsier at det er behov for å følge kommunene tett i kunnskapsarbeidet, og at dette er ressurskrevende. FHI og HVL har i prosjektet fungert som kompetansemiljøer med direkte støtte til kommunene. Det finnes flere regionale og nasjonale kompetansemiljøer, og felles for disse er at de retter seg mot spesifikke fagfelt. Så vidt vi vet finnes det ikke miljøer hvor det primære fokuset er prosessorientert kunnskapsarbeid på tvers av helse-, sosial- og omsorgsfeltet. Hverken FHI eller andre kompetansesentre har per dags dato ressurser til å gi kunnskapsstøtte alle norske kommuner i henhold til de to modellene som er utviklet.

Det er behov for en eller flere nasjonale aktører med bred kompetanse innen forskningsmetode og ulike fagfelt, som kan drive formidling, utarbeide maler, gi opplæring og kursvirksomhet innen metode for innhenting av forskningsbasert kunnskap og beslutningstøtte. Dette er en rolle FHI med støtte fra HVL og Stavanger kommune har hatt i pilotprosjektene. Parallelt er det behov for en sentral aktør, som for eksempel KSF, som kan sikre erfaring- og kunnskapsutveksling mellom kommuner og regionale og nasjonale kompetansemiljøer innen spesifikke fagfelt. Regionale kunnskapssentre må ha kompetanse og støttefunksjon for å arbeide tett med kommunene i hvert enkelt oppdrag og fasilitere prosessen slik FHI, HVL og Stavanger kommune har gjort i disse prosjektene. Kunnskapsstøtte er et kontinuerlig arbeid som krever tett oppfølging over tid for at det skal gi nytteverdi for kommunene.

Digitalisering av tjenester, samhandling, og medisinsk utstyr er i stadig endring og kommunene må ta mange beslutninger på svake kunnskapsgrunnlag og med knappe ressurser. Det er store forskjeller mellom norske kommuner, både når det gjelder størrelse, kompetanse og økonomi. En struktur for kunnskapsstøtte for kommunene bør sørge for at også de små kommunenes behov for kunnskapsstøtte blir ivaretatt, for at de skal kunne tilby likeverdige tjenester. I en slik kontekst kan motorkommuner være initiativtakere, som kan tilby tilrettelegging og kompetanse, og samlet sett løfte kommunene som inngår i forskningssamarbeid. Konseptet med kommuneklynger rettet mot FoU har derfor vært viktig og nyttig i prosjektet.

Kompetansebehov

Kompetanse og kompetanseutvikling er en sentral del ved utvikling av en struktur for kunnskapsstøtte for kommunene. Utfordringsbildet i kommunene peker på få ressurser til kompetanseutvikling og utvikling av tjenester på grunn pressede tjenester der drift er hovedfokuset. For eksempel er det ofte få fagutviklingsstillinger og lite strategisk bruk av kunnskap til ansatte med mastergrad. Det er nødvendig å bygge en kultur for bruk av ulike typer kunnskap, og denne kulturbyggingen må skje på flere nivå, både politisk, administrativt og i praksisfeltet. Det må skje både lokalt i kommunene, regionalt hos dem som skal støtte kommunene og nasjonalt hos dem som skal støtte de regionale.

Erfaringene fra prosjektene peker på at det er et behov for kompetanseutvikling i kommunene på ulike områder innen forskning og bruk av forskning. Det er for eksempel behov for kompetanse på hvordan stille spørsmål til egen praksis samt forskningsspørsmål, hvordan finne oppsummert forskning av god kvalitet, hvordan lese og vurdere forskningslitteratur samt hvordan bruke forskning sammen med annen kunnskap inn i beslutninger eller utvikling av tjenester. Det er også behov for

kunnskap om hvordan en vurderer annen type kunnskap og informasjon, som for eksempel helsepersonells eller brukeres erfaringer, økonomiske beregninger og organisatoriske og etiske forhold. I prosjektene har vi erfart at denne kompetanseutviklingen tar tid og at det er viktig å tilegne seg kunnskapen praktisk gjennom faktisk arbeid i egen kommune. Det er viktig at kommunene får et eierforhold til prosjektene og utvikler kompetanse ut fra eget behov. For eksempel ved å utarbeide en plan, utvikle en tjeneste eller utarbeide et beslutningsgrunnlag.

I tillegg til kompetanseutvikling på det lokale nivået er det også viktig å utvikle kompetanse på det regionale nivået. I prosjektene har det vært en regional støttefunksjon bestående av forskere/ansatte med master- og doktorgradskompetanse ansatt ved forskningsinstitusjoner (HVL, FHI) eller kommuner (Stavanger, Bergen) som har fulgt opp kommunene i de ulike oppdragene. Denne gruppen må opparbeide seg erfaring og kunnskap om kommunene, oppsummert forskning og ulike verktøy for bruk av forskning. Det er viktig å bruke ressurser som allerede finnes i regionene og bygge videre på det. Men det vil være nødvendig med en nasjonal instans som har ansvar for å lage og oppdatere opplæringsmateriale til de ulike regionene, samt gi støtte og veiledning.

Formidling

Formidling på ulike nivåer er viktig for at kommunene kan nyttiggjøre seg kunnskapen som blir tilegnet gjennom oppdragene på best mulig måte. Det er viktig å formidle resultater fra de ulike oppdragene; kunnskapsbehov som er blitt meldt inn, kunnskapshull som blir avdekket gjennom oppdragene og hva oppdragene faktisk fører til. Formidlingen kan gjøres både skriftlig og muntlig avhengig av hva som er målet. Det finnes allerede mange ulike etablerte formidlingskanaler, som for eksempel Helsebiblioteket, Omsorgsbiblioteket, de ulike kompetansesentrenes nettsider, mini-metodevurdering.no og kunnskapskommunens hjemmeside. Utfordringen for ledere og ansatte i kommunene er å vite om og finne frem til denne kunnskapen.

Formidling av resultater kan være skriftlig på nettsider eller i fagtidsskrift. I prosjektet har vi formidlet resultater i form av forskningsomtaler, artikler og rapporter på ulike nettsider. Utfordringen er at kunnskapen ikke er samlet slik at kommunene må oppsøke ulike ressurser for å finne informasjonen. Dette gjør det vanskelig for dem å både finne og nyttiggjøre seg allerede eksisterende kunnskap fra tidligere oppdrag. Det hadde derfor vært gunstig å samle alle oppdrag samt verktøy vi anvender på én felles nettside.

En annen form for formidling er muntlig gjennom seminarer, konferanser eller workshops. Gjennom prosjektene har vi sett at det å dele kunnskap og erfaringer fra oppdragene har vært viktig for at oppdragene skal ha noen verdi utover én enkelt kommune. Den muntlige formidlingen kan for eksempel gjøres gjennom formidlingsseminarer i samarbeid med kommuner eller gjennom workshops der kommuner i samme region deler erfaringer innen et felt. Vi har sett at mange kommuner ofte jobber med de samme teamene i perioder, som for eksempel digital hjemmeoppfølging, og at kunnskapsdeling på tvers da er særlig viktig.

Konklusjon

Behovet for strukturer for kunnskapsstøtte for kommunene blir trukket frem i flere sentrale politiske dokumenter som en viktig satsning for å gi kommuner et bedre beslutningsgrunnlag for å utvikle og prioritere mellom nye tiltak og tjenester. Denne rapporten har beskrevet to modeller for kunnskapsstøtte og belyser erfaringer og noen anbefalinger for veien videre.

Målsetningen for begge modellene i denne piloten har vært å bidra til kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbaserte beslutninger, særlig gjennom tilgjengeliggjøring og anvendelse av forskning. Samlede erfaringer fra modellutprøvingene er at det er behov for å bygge en struktur for systematisk kunnskapsarbeid i kommunene både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Det regionale nivået har fungert som direkte støtte til kommunene og det nasjonale som støtte til forskerne som jobbet regionalt. Et tett samarbeid mellom kommuner og forskere har vært viktig for å skape et eierforhold til prosessene og for utveksling av kompetanse. Vi erfarte flere utfordringer underveis, som mangel på strukturer og fagressurser avsatt til utviklingsarbeid, mangel på tid- og personressurser på grunn av at drift måtte prioriteres, utskiftning av nøkkelpersoner, liten grad av kultur for kompetanseutvikling og utfordringer med forankring på ledernivå. På tross av utfordringene opplevde kommunene i hovedsak begge modellene som nyttige, både for å utvikle kompetanse innen bruk av forskning og annen kunnskap, og til prioritering og utvikling av tjenester. Det er vår vurdering at verktøyene som tilbys bør være enkle, på norsk, forklart i klart språk og tilpasset kommunale behov. De to modellene som er utprøvd har mange fellestrekk, og gir begge rom for lokal tilpasning.

Basert på erfaringer fra de to modellutprøvingene vil det være viktig å etablere kunnskapsstøtte i KSF for og med kommunene, der kommunenes behov er i førerretet. Det er behov for en *regional* aktør, for eksempel et universitet, høyskole eller kompetansesenter, med bred metodisk og faglig kompetanse innen helse, omsorg og velferd, samt kunnskap om kommunene og kunnskapsbasert praksis, som kan bistå kommunene. Videre vil det være viktig at en eller flere *nasjonale* aktører kan støtte de regionale miljøene og sikre utvikling av metoder, formidling og publisering og kompetanseutvikling. Det anbefales å videreutvikle KSF parallelt, som en overbygning for et slik kunnskapsstøttesystem som kan understøtte prosesser for forankring og prioritering av oppdrag, og som kan formidle resultater bredt i kommunesektoren.

Referanser

- Arentz-Hansen H., Borgen K., Frisvold B.S., Melien Ø., Nilsen E., Stoinska-Schneider A., Tvedt K.M. (2020). *Innføring av nye metoder i sykehus – er mini-metodevurdering nyttig? Rapport fra workshop*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Atkins, D., Eccles, M., Flottorp, S., Guyatt, G. H., Henry, D., Hill, S & GRADE Working Group (2004). Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC health services research*, 4, 1-7
- Grimsmo, A. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 102-106. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21 - et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. Helse- og omsorgsdepartementet: https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705
- Jamtvedt, G., Hagen, K., & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*, 1.
- Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). (2019). *Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet*. <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>
- Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>
- Moberg, J., Oxman, A. D., Rosenbaum, S., Schünemann, H. J., Guyatt, G., Flottorp, S., & Alonso-Coello, P. (2018). The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health research policy and systems*, 16, 1-15.
- Munthe-Kaas, H., Nøkleby, H., Lewin, S., & Glenton, C. (2020). The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings. *BMC medical research methodology*, 20(1), 1-22.
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W., & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- NOU 2018:16. *Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/9d3cc31cbdb14f7b8a7b11a58c3f6ef8/nou-2018_-16-det-viktigste-forst.pdf
- NOU 2023: 4. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). *Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet*. I: L. I. Terum & H. Grimen (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Abstrakt forlag.

Vedlegg 1: Skjema arbeidsflyt

Oppgave	Aktivitet	Ansvar	Ressurser
Få inn kunnskapsbehov	<ul style="list-style-type: none"> Forslagsstiller sender inn kunnskapsbehov 	Kunnskapskommunen	Skjema for forslag til kunnskapsoppsummeringer
Prioritere forslag	<ul style="list-style-type: none"> Avklare forslag Bruke prioriteringskriteriene Informere oppdragsgiver om at forslag er prioritert og koble oppdragsgiver med forsker 	Prosjektleder og prosjektgruppen	Prioritering av forslag
Utføre scopingsøk	<ul style="list-style-type: none"> Informere ansvarlig forsker om formålet med scopingsøket Søke i henhold til mal for scopingsøk 	Bibliotekar	Arbeidsmal for scopingsøk
Samtale 1 Avklare forslag	<ul style="list-style-type: none"> Kontakte oppdragsgiver Samtale mellom forsker, bibliotekar og oppdragsgiver(e) 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> Forslag til e-post samtale 1 Veileder samtale 1 Sjekkliste samtale 1
Bestemme seleksjonskriterier	<ul style="list-style-type: none"> Fylle ut PICO-tabell og sende til godkjenning hos oppdragsgiver 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> Forslag til e-post til avklaring av seleksjonskriterier
Lage tidsplan for oppdraget		Forsker	<ul style="list-style-type: none"> Oppdrag - tidsplan-eksempel
Søke systematisk etter oppsummert forskning	<ul style="list-style-type: none"> Planlegge søket eventuelt med innspill fra forsker Utføre søket Dokumentere og lagre søket lokalt 	Bibliotekar	<ul style="list-style-type: none"> Systematiske litteratursøk [Marita Heintz blogg] Hjelpekst Epistemonikos advanced search Sjekkliste for kvalitetssikring av søk Bibliotekets eksportveileder
Avklare ressurser og leveringsfrist Velge ut oversikter	<ul style="list-style-type: none"> Utvelgelse av oversikter fra tittel og sammendrag Utvelgelse av oversikter basert på fulltekst 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> Veileder metode og arbeidsform Rayyan
Vurdere metodisk kvalitet på oversiktene og eventuell eksklusjon av oversikter	<ul style="list-style-type: none"> Fylle ut og lagre sjekklister for metodisk kvalitet for en systematisk oversikt Lage og lagre en tabell over de egnede systematiske oversikter I samarbeid med oppdragsgiver velge systematisk€ oversikt(er) 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> Veileder metode og arbeidsform Vurdering av metodisk kvalitet på de(n) systematiske oversikten(e) med JBI eller ROBIS
Vurdere tillit til resultatene (effektestimater)	<ul style="list-style-type: none"> Bruke forfatters vurdering hvis mulig og den er egnet Gjøre og lagre eventuelt egen GRADE-vurdering 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> GRADE Standardformulering

Oppgave	Aktivitet	Ansvar	Ressurser
	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke standard formuleringer 		
Beskrive funnene i oversiktene	<ul style="list-style-type: none"> • Lage tabell med alle PICO-elementene 	Forsker	Eksempel på tabell over funn vedlegg 2
Samtale 2 Avklare funn med oppdragsgiver	<ul style="list-style-type: none"> • Samtale med oppdragsgiver • Velge oversikt(er) 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> • Forslag – e-post samtale 2 • Veileder samtale 2 • Sjekkliste samtale 2
Lage forskningsomtale	<ul style="list-style-type: none"> • Skrive forskningsomtalen • Legge inn forskningsomtalen o design mal • Fagfellevurdering og godkjenning 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> • Veileder for å skrive inn i forskningsomtale • Veileder for å skrive forskningsomtale inn i mal • Designmal • Fagfellevurdering og godkjenning – sjekkliste eksempel
Publisere	<ul style="list-style-type: none"> • Publisere på egen institusjon • Sende til Kunnskapskommunen og Helsebiblioteket • Registrere på CRISTIN • Vurdere podkast 		<ul style="list-style-type: none"> • Eksempel fra FHI • Kunnskapskommunen v/ herdis.moldoen@bergen.kommune.no • Helsebiblioteket v/ irenewiik.langenge@fhi.no og ingunnmikes.Brendryen@fhi.no
Samtale 3 Avklare formidling med oppdragsgiver	<ul style="list-style-type: none"> • Presentere forskningsomtalen • Avklare behov for støtte til formidling, beslutning eller implementering 	Forsker	<ul style="list-style-type: none"> • Forslag til e-post samtale 3 • Veileder samtale 3 • Sjekkliste samtale 3 • Eksempel PP formidling av forskningsomtale • Forslag til e-post om oppfølging
Samtale 4 Beslutningsstøtte og implementering	<ul style="list-style-type: none"> • Konkretisere i hvilke prosesser forskningsomtalen skal brukes • Konkretisere målgruppe • Konkretisere verktøy • Avklare arbeidsfordeling 	Forsker	Forslag til epost samtale 4 Veileder samtale 4 Sjekkliste samtale 4 Eksempel på støtte til formidling, beslutning og implementering: <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon EtD • Presentasjon KT • Utkast brev om EtD workshop
Samtale 5 Evaluerings	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte oppdragsgiver 3-6 måneder etter siste formelle kontakt • Sende utfylt evalueringskjema til lagleder ved FHI 	Forsker	Forslag til e-post samtale 5 Evalueringskjema

Vedlegg 2: Veileder samtale 1

Hensikten med målrettede samtaler om forslag på oppsummering er å etablere felles forståelse og presiseringer av problemstillingen som oppsummeringen skal besvare. Dermed kan vi sikre at problemstillingen besvares på en slik måte at oppsummeringen tilfredsstiller forslagsstillers behov. Forslagsstiller, forskere og bibliotekar går gjennom spørsmålene nedenfor som en forberedelse for det systematiske litteratursøket og utvelgelsen av relevant litteratur fra resultatet av søket.

Kunnskapsbasert praksis og kunnskapsoppsummeringer – hva legger vi i disse begrepene?

- Kunnskapsbasert praksis (<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasertpraksis>)
- Oppsummert forskning kan bety flere ting
 - Retningslinjer
 - Systematisk oversikt
 - Metodevurdering
 - Forskningsomtale
- Har dere erfaring med/rutiner for å bruke forskningsresultater i eget arbeid?

Er det særlige aspekter ved problemstillingen som kan ha betydning for vårt arbeid med forslaget?

- Definisjoner av faguttrykk som brukes i virksomheten

Hvilke behov i virksomheten ligger til grunn for deres forslag?

- Hvorfor er dette feltet interessant akkurat nå?
- Hvilke utfordringer står dere opppe i?
F.eks. faglig uenighet, ressurs- eller administrative utfordringer
- Hva skal dere bruke oppsummeringen til og hvilke forventninger har dere?
- Forankring hos nærmeste leder og ledelse/politisk nivå?

Hvilke forventninger har du til vårt arbeid?

- Produktet vi leverer kan bli en
 - Retningslinje/fagprosedyre/oppslagsverk
 - Forskningsomtale
 - Systematisk oversikt
- Leveranse
 - Forventet tidsbruk for hvert produkt
- Presentasjon av resultater
 - Er det behov for følgeprodukter som video/PowerPoint når resultatene skal presenteres i virksomheten?
- Beslutningsstøtte
 - Er det behov for støtte til å sette resultatene i sammenheng med andre viktige faktorer som for eksempel populasjonens verdier og preferanser, ressurser, og gjennomføring av tiltaket?

Hvilke er de viktige detaljene i forslaget – PICO?

- Hvem er populasjonen?

- Hvilke personer er det du ønsker å vite mer om?
- Vurder kjennetegn som alder, kjønn, prognose, etnisitet, migrasjonsstatus, funksjon, og utdanningsnivå
- Hva er tiltaket/programmet/intervensjonen?
 - Vurder dose, hvem som gir tiltaket, hvor tiltaket gis, hvordan tiltaket gis, kan det gis sammen med noe annet?
 - Dersom tiltaket er «generelt», f.eks. «rehabilitering», kom gjerne med eksempler på mer konkrete tiltak, som f.eks. trening, fysisk aktivitet
- Hva er sammenligningen?
 - Ett annet tiltak eller program, vanlig praksis, standard tilbud, eller ingen tiltak
- Hvilket/hvilke utfall er aktuelle?
 - Hvis flere utfall hvilket/hvilke er viktigst?
- Hvilke kontekster er det viktig å inkludere og hvilke kan utelukkes?
 - Punktliste nivå 2 Vurder land, tjenesteområde.
- Vurder land, tjenesteområde.
- Er studier også langt tilbake i tid viktig å inkludere, eller kan problemstillingen avgrenses på publikasjonsår?

Hvordan skal oppsummeringen brukes?

- Hvilke beslutningsprosesser kan oppsummeringen bidra i?
- Hvor langt har kommunen/ etaten/avdelingen kommet i denne prosessen?
- Hvordan skal du/ kommunen/ etaten/avdelingen bruke oppsummeringen?
- Finnes det andre i nettverket ditt som kan ha nytte av en forskningsomtale om tema?

Hvordan skal vi samarbeide videre?

- Er du kontaktperson framover?
- Er det en gruppe rundt forslaget?
- Hvordan erstattes du hvis du får andre oppgaver/slutter?
- Avtale neste kontakt – etter fullført litteratursøk

Vedlegg 3: Veileder samtale 2

Når søket er utført og aktuelle oversikter identifisert og vurdert avtales en samtale mellom oppdragsgiver fra kommunen, forsker/forskere og eventuelt bibliotekar.

Hensikten med samtalen er å gjennomgå funnene fra søket og avklare hvilke oversikt(er) det skal lages forskningsomtale av. Forskerne har i forkant gjennomgått treffene fra litteratursøket tatt ut de oversiktene som eventuelt kan besvare problemstillingen.

Oppdragsgiver og forskergruppen går sammen gjennom spørsmålene nedenfor som en forberedelse for å se om den identifiserte litteraturen er egnet til å besvare problemstillingen. I forkant har forskerne laget en matrise som viser de ulike elementene.

Gjennomgang av identifisert litteratur opp mot problemstillingens PICO

- Er det relevant populasjon?
- Er det relevant tiltak?
- Er det relevant sammenlikning?
- Er det relevante utfallsmål?
- Er det relevant kontekst? Overføringsverdi?

Kunnskapsoppsummeringer – ulike måter å presentere oppsummert forskning

- Forskningsomtale
- Systematisk kartleggingsoversikt (scoping review)
- Hurtigoversikt
- Systematisk oversikt av andre oversikter eller primærstudier
- Metodevurdering

Avklare forståelsen for ulike måter å gjøre kunnskapsoppsummering på, eventuelt si noe om styrker og svakheter. Se vedlegg 1 for ytterligere informasjon om de ulike typene for kunnskapsoppsummeringer.

Avgjøre hva som skal oppsummeres og hvilken type kunnskapsoppsummering som skal lages

Bruke matrisen som er laget over aktuelle oversikter for å:

- Synliggjøre hva som besvares i problemstillingen og hva som eventuelt ikke kan besvares.
- Diskutere hva som er best egnet kunnskapsoppsummering for problemstillingen. Avgjørelsen tas basert på den forskningen som foreligger.
- Vurdere om det skal lages en eller flere kunnskapsoppsummeringer.

Hvordan skal den forskningsbaserte kunnskapen anvendes?

Har du/dere erfaring med å formidle/anvende forskningsresultater i eget arbeid? Har dere erfaring med å tolke forskningsresultater og tillit til dokumentasjonen? For eksempel fra

kunnskapsbasertpraksis.no.

- Bruk i praksis
 - Er det behov for følgeprodukter som video/PowerPoint når resultatene skal presenteres i virksomheten?
 - Har du verktøy som kan hjelpe deg å anvende den forskningsbaserte kunnskapen i praksis?
 - Hvem skal ha ansvar for å drive implementeringsprosessen?
- Beslutningsstøtte

- Hvordan sette resultatene i sammenheng med andre viktige faktorer som for eksempel populasjonens verdier og preferanser, ressurser, og gjennomføring av tiltaket? Er det behov for støtte?
- Hvem skal ha ansvar for å drive beslutningsprosessen?

Er det noen endringer i prosjektorganisering og implementering siden forrige samtale?

- Hvilke beslutningsprosesser kunnskapsoppsummeringen kan bidra i?
- Hvor langt kommunen/ etaten/avdelingen har kommet i denne (beslutnings-) prosessen?
- Hvordan du/ kommunen/ etaten/avdelingen skal bruke kunnskapsoppsummeringen?

Veien videre

- Er du kontaktperson framover?
- Oppsummere og konkludere hva som skal gjøres videre
- Sende e-post med hva som er avtalt
- Avtale neste møte – etter fullført kunnskapsoppsummering

Måter å oppsummere forskning

Under er en liste over ulike typer kunnskapsoppsummeringer som er mest relevant for Kunnskapskommunen.

Forskningsomtale

En kort (1-3 sider) beskrivelse og gradering (hvor mye vi stoler på resultatene) av eksisterende systematisk oversikt, vanligvis med opplysninger relevant for norske forhold.

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er en oversikt som bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt hente ut, sammenstille, analysere og gradere data fra studiene som er inkludert i oversikten.

Oversikt over systematiske oversikter

En oversikt over systematiske oversikter er en systematisk oversikt over et bredt forskningsspørsmål hvor det finnes systematiske oversikter som dekker hele eller deler av problemstillingen

Systematisk kartleggingsoversikt (litteraturoversikt)

En oversikt over et klart definert spørsmål med henblikk på hva som fins av og kjennetegner litteraturen på et spesifikt tema. Prosessen består i å identifisere, velge ut, trekke ut data og beskrive litteraturen. Resultatene er en beskrivelse av innholdet og kartlegging av omfanget av forskningen. En kartleggingsoversikt inkluderer *ikke* kritisk vurdering og oppsummering av resultater fra de inkluderte studiene'

Mini-metodevurderinger

I systemet Nye metoder utføres arbeidet med metodevurderinger på sykehus nivå. Mini-metodevurdering er et beslutningsstøtteverktøy som benyttes i helseforetakene når det vurderes å innføre nye metoder. En mini-metodevurdering er en forenklet metodevurdering. I begrepet «metoder» legges her utstyr og prosedyrerelatert diagnostikk og behandling. regionale/lokale ressursgruppene som er etablert ute i spesialisthelsetjenesten. Mini-metodevurdering er omtalt på Folkehelseinstituttets sider [her](#).

Vedlegg 4: Veileder for å skrive forskningsomtale

Hensikten er å gi veiledning for de ulike trinnene i å skrive en forskningsomtale, 1) velge ut systematisk(e) oversikt(er), 2) vurdere metodisk kvalitet og 3) vurderer tilliten til resultatene (dokumentasjon). Hensikten er å velge ut den nyeste oversikten av høyest kvalitet som best besvarer det spørsmålet oppdragsgiver ønsker svar på, eventuelt inkludere og omtale flere oversikter. Metodebeskrivelsen tar utgangspunkt i FHIs «[Slik oppsummerer vi forskning](#)» og Cochrane Norways «[Kort oppsummert](#)».

Velg ut oversikter

Når bibliotekaren har gjort søket kan forfatterne starte litteraturgjennomgangen.

Finne riktig oversikt:

- *Utvelgelse av oversikter fra tittel og sammendrag*

To forfattere vurderer uavhengig av hverandre titler og sammendrag for relevans. Vi bruker screeningverktøyet Covidence for å velge ut hvilke oversikter som skal vurderes i fulltekst, men Rayyan er et annet verktøy som er delvis gratis og kan brukes.

- *Utvelgelse av oversikter i fulltekst*

Fulltekstpublikasjoner av systematiske oversikter vurderes av to personer opp mot de forhåndsdefinerte seleksjonskriteriene basert på studiedesign, deltakere, tiltak, sammenligning og utfall, som er avklart med forslagsstiller.

- *Oversiktstabell (matrise) over mulige aktuelle oversikter*

Før innhenting av oversiktene i fulltekst er det hensiktsmessig å lage en tabell som kartlegger navn på forfatter, årstall, design, tittel og utfall (se vedlegg 1). Her vil det ofte vise seg at de ikke tilfredsstillende seleksjonskriteriene, er overlappende og/eller gamle og ikke bør innhentes i fulltekst. Tabellen kan gjerne utformes parallelt av to personer, eventuelt gjøres av en og kvalitetssikres av en annen. Det er viktig å dokumentere hva som eventuelt var eksklusjonsgrunn for de oversiktene som ikke blir med videre.

- *Screening av metodisk kvalitet*

Gjør en rask vurdering av hvorvidt de valgte oversiktene er systematiske. Vurderingen er basert på tre spørsmål:

1. Er populasjon, tiltak, sammenligning og utfall klart beskrevet?
2. Er søket beskrevet; hvilke databaser, søkeord, tidspunkt for søket?
3. Er de inkluderte studiene vurdert for risiko for systematiske feil?

Alle tre spørsmålene må besvares med ja for at oversikten skal vurderes videre.

Vurdere metodisk kvalitet på oversiktene og eventuell eksklusjon av oversikter

- Vi bruker [ROBIS](#) eller [JBA](#) (velg «Checklist for Systematic Reviews») for å vurdere de valgte oversiktene metodiske kvalitet. Kvaliteten vurderes som høy, middels eller mangelfull. Vi inkluderer primært oversikter av høy og middels kvalitet. Hvis ikke må det begrunnes nøye hvorfor det er verdt å gå videre med oversikter av lav metodisk kvalitet.
- Lag en tabell over de egnede systematiske oversikter som viser forfatter, årstall, design inkluderte studier, antall studier, populasjon, land/setting, tiltak, utfall og egnethetsvurdering med begrunnelse (se vedlegg 2).

- Tabellen brukes for i samarbeid med oppdragsgiver (samtale 2) for å bestemme hvilke(n) oversikt(er) som skal bli forskningsomtale(r). Viktig å dokumentere
 - a) begrunnelse for valg av oversikter til forskningsomtalene
 - b) eksklusjonsgrunn for de oversiktene som ikke det skal lages forskningsomtale på.

Vurdering av tillit til resultatene (effektestimatene)

- Vi bruker forfatterens vurdering av tilliten til effektestimatene (GRADE-vurderinger) hvis mulig.
- Dersom forfatterne ikke har utført vurderingene eller vi er uenige i vurderingene gjør vi, hvis mulig, egne GRADE-vurderinger.
- Vi bruker standardformuleringer for å synliggjøre tilliten til resultatene inn i kulepunktene under “hovedfunn”. Det betyr for eksempel at når tilliten er liten så bruker vi ordet muligens om effekten og når tilliten er middels bruker vi trolig om effekten.

Hvordan skrive forskningsomtalen?

Se “veiledning for å skrive forskningsomtale”.

Vedlegg 1 Oversiktstabell mulig aktuelle oversikter

Forfatter årstall design	Tittel	Utfall

Vedlegg 2 Oversiktstabell egnede oversikter

Forfatter (årstall) Design	Populasjon Antall studier Studiedesign	Land Tidsrom	Tiltak/sammenlikning	Utfall

Vedlegg 5: Veileder samtale 3

Når forskningsoppsummeringen er utført avtales en samtale mellom forslagsstiller fra kommunen, forsker/forskere og eventuelt bibliotekar. Forskningsomtalen legges ved innkallingen til samtalen slik at forslagsstiller kan gjøre seg kjent med den.

Hensikten med samtalen er å gå gjennom forskningsomtalen og presentere det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget, resultatene og tilliten til dokumentasjonen. I tillegg skal samtalen også ta opp hvordan kunnskapsoppsummering inkludert resultatene skal formidles og brukes i praksis.

Forslagsstiller, forsker/forskere og eventuelt bibliotekar går sammen gjennom spørsmålene nedenfor for å se om kunnskapsoppsummeringen besvarer problemstillingen og hvordan resultatene kan anvendes i praksis eller som beslutningsstøtte.

Hva sier forskningen?

Hva handler det om?

- Er det relevant populasjon?
- Er det relevant tiltak?
- Er det relevant sammenlikning?
- Er det relevante utfallsmål?
- Er det relevant kontekst?

Hva er resultatene?

- Hva er effekten for de ulike utfallsmålene?

Kan vi stole på resultatet?

- Tilliten til dokumentasjonen, for eksempel metodiske svakheter ved studiene, overførbarhet, variasjon på tvers av studiene eller små studier

Hvordan skal den forskningsbaserte kunnskapen bidra til endring av tjenester?

Skal kunnskapsoppsummeringen brukes til å endre dagens praksis?

- Hvilket nivå skal den presenteres på, avdeling, fagutviklere eller ledere?
- Hvem skal ha ansvar for å presentere?
- Hvem har ansvar for å ta avgjørelsene?
- Hvem skal sette den ut i praksis?

Hvilke behov har dere for å kunne presentere og anvende forskningsresultatene?

Er dette noe dere har erfaring med eller gjort før? Hva slags erfaringer, fremmere og hemmere, har du/dere? Har dere brukt noen spesielle modeller, for eksempel

[kunnskapsbasertpraksis](#), [kunnskapstranslasjon](#) (kunnskaps til handling, knowledge to action), [samvalg](#) eller [kunnskapsmegling](#) (knowledgebroker)?

Bruk i praksis og beslutningsstøtte

- Har du behov for hjelp til å lage en Powerpoint-presentasjon eller video for å presentere resultatene fra kunnskapsoppsummeringen?
- Har du ressurspersoner eller verktøy, for eksempel Fra kunnskap til behandling ([Evidence to Decision \(EtD\)](#) på engelsk) som kan hjelpe deg å implementere? Hva trenges eventuelt av opplæring eller støtte?
- Er det behov for å utrede økonomiske konsekvenser? Er det personell hos dere som kan gjøre det eller er det behov for støtte?
- Hvem skal ha ansvar for å drive prosessen videre, for eksempel implementeringsprosessen eller beslutningsprosessen?

- Er det noen andre nettverk/avdelinger/kommuner som ville hatt nytte av å få presentert forskningsomtalen?

Vedlegg 6: Veileder innledende søk.

Søkeresultat for forslag nr. [sette inn nummer og årstall for forslaget.]

Fylt ut av: [Navn, arbeidssted]

Dato: [dag.måned.år]

Et innledende scopingsøk er et enkelt søk som er utført i utvalgte kilder. Formålet med scopingsøket er å identifisere nasjonale retningslinjer og gi et innstrykk av hva som finnes av systematiske kunnskapsoppsummeringer på temaet. Resultatet fra søket brukes i arbeidet med å avklare spørsmål og inklusjonskriterier med forslagsstiller, og å beslutte hva som skal gjøres videre med forslaget.

For en fullstendig oversikt over relevante kunnskapsoppsummeringer, kan det senere bli behov for å utføre et mer omfattende systematiske litteratursøk i flere kilder.

Beskrivelse av spørsmålet

Spørsmål som ønskes besvart	[Spørsmålet eller problemstillingen som ønskes besvart]
Inklusjonskriterier (PICO)	Populasjon: [Diagnose, pasientgruppe eller populasjon] Intervensjon: [Behandling eller annet tiltak som skal undersøkes] Kontrolltiltak: [Tiltak som intervensjonen skal sammenlignes med. Dette feltet kan også stå åpent.] Utfall: [Angi alle utfall som forslagsstiller er interessert i, uavhengig av hvilke søkeord som inngår i søket]
Eventuelle avgrensninger	[F.eks. avgrenset til land, publikasjonsår eller organisatorisk setting.]

Oppsummering av søketreff

[Skriv en kort oppsummering av hva du fant i søket. Fant du lite eller mye? Var det noen spesielle temaer som det var ekstra mye av? Fant du mye som kun var delvis relevant eller som indikerer at inklusjonskriteriene burde justeres? Er det behov for avklaringer av inklusjonskriterier før søket kan ferdigstilles?]

Kliniske opplagsverk



BMJ Best Practice

Søkedato:

Søkestrategi: [Kopi av søkestrategi dersom mulig. Ellers oppgi søkeord eller hvilke kategorier/emner som er gjennomgått.]

Søketreff:

[Tittel med aktiv hyperkobling.
Årstall eller dato for sist oppdatert
Evt. kommentar]

Dersom du ikke finner noe: Ingen relevante treff.

UpToDate

Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

Nasjonale retningslinjer og veiledere

Søket skal vise hva som finnes av relevante nasjonale retningslinjer i Norge og andre land.

Helsedirektoratet

Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

Helsebibliotekets retningslinjebase (norske retningslinjer)

Søkedato:

Søkestrategi:
Søketreff:
<u>Nationella riktlinjer fra Socialstyrelsen (SE)</u> Søkedato:
Søkestrategi:
Søketreff:
<u>Nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen (DK)</u> Søkedato:
Søkestrategi:
Søketreff:
<u>National Institute for Health and Care Excellence - NICE (UK)</u> Søkedato:
Søkestrategi:
Søketreff:

Systematiske kunnskapsoppsummeringer

Søket skal gi et inntrykk av hva som finnes av systematiske oversikter, metodevurderinger, kartleggingsoversikter og oversikter over oversikter. Finnes det mye eller lite? Hvilke problemstillinger og temaer dukker opp i søket. Legg gjerne inn kommentarer under søketreffene, dersom det er relevant.

Epistemonikos
Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

Folkehelseinstituttet

Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

International HTA Database, INAHTA

Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

Sundhedsstyrelsen

Søkedato:

Søkestrategi:

Søketreff:

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)

Søkedato:

Søkestrategi:
Søketreff:
<u>Kunnskapskommunen</u> Søkedato:
Søkestrategi:
Søketreff:
<u>Senter for omsorgsforskning</u> Søkedato:
Søkestrategi:
Søketreff:

Kommentarer til inklusjonskriterier, søk eller søketreff

[Her kan du f.eks. skrive om du har søkt i flere kilder eller om det er behov for å justere inklusjonskriteriene, utvide eller avgrense søket. Det er ikke alltid behov for å skrive noe her.]

Søkeord

[Legg inn en oversikt over hvilke søkeord du har brukt. Dette kan komme til nytte for den som senere eventuelt skal gjøre et systematisk og grundigere søk.]

Vedlegg 7: Veileder samtale 4

Forskningsomtalen er nå levert og formidlet og nå er ønsket at den tas i bruk. I denne prosessen er oppdragsgiver den som har ledelsen og legger premissene, men det er viktig å bidra til å avdekke hva behovene og mulighetene er. Skal den forskningsbaserte kunnskapen brukes i en beslutning eller kan den implementeres direkte i praksis?

Hensikten med samtale 4 er å konkretisere hva oppdragsgiver ønsker å bruke forskningsomtalen til og gi et tilbud om hva vi kan bidra med. Hva forskningsomtalen skal brukes til kan ha endret seg fra tidligere samtaler, gitt resultatet i forskningsomtalen og eventuelt andre pågående prosesser. Under er noen innspill på hvordan en kan kartlegge behov og fasilitere bruk av forskningsomtalen i en beslutningsprosess, plandokumenter eller i implementering av tiltak.

I hvilke prosesser skal forskningsomtalen inngå?

Funn fra forskningsomtalen kan brukes som kunnskapsgrunnlag i mange ulike sammenhenger. Dette er kartlagt tidligere i samarbeidet med oppdragsgiver, men den forskningsbaserte kunnskapen kan ha endret behovene. Det kan også være at behovene har blitt klarere og/eller endret seg på veien.

Noen eksempler på hvor forskningsomtalen kan brukes er:

- implementering (igangsetting) av nye tiltak i praksis
- beslutning om valg av nye tiltak, eventuelt fase ut eksisterende tiltak eller bruke en kombinasjon av ulike tiltak
 - bruke i plan- og prosjektarbeid i kommunen
 - bruke i saksdokument for saker i kommune-/bystyret
 - bruke for å styre tilskuddsordninger

Oppdragsgiver innehar spisskompetanse på behov og organisering m.m., mens vi som forskere må fasilitere med vår spisskompetanse om forskningsforståelse og kunnskap om verktøy som kan brukes for å få til etterprøvbare beslutninger og systematisk implementering.

Framdrift og prosess

Proessen kan ledes av begge parter, men hvis det ikke er opprettet kontakt med oppdragsgiver innen en måned etter at forskningsomtalen er presentert (samtale 3), bør forfatterne av forskningsomtalen ta kontakt med oppdragsgiver.

I samtale 3 presenteres forskningsomtalen for oppdragsgiver og hvis det er mulig bør det avtales et møte innen en måned for å legge planer for beslutningsstøtte og implementering. Det er viktig med tett og god dialog. Hvis det ikke oppnådd kontakt innen tre måneder, ta kontakt en gang til. Hvis det fortsatt ikke oppnås kontakt, kan du vurdere å bruke utkastet til purre e-post.

Det er viktig å huske at denne delen kan ta lenger tid fordi prosessen hos oppdragsgiver kan ha andre presserende oppgaver, som kan gjøre at arbeidet med forskningsomtalen blir nedprioritert. Samarbeidet med oppdragsgiver bør være tillitsbasert, med tett kommunikasjon både på e-post og personlige møter, som eventuelt kan være digitale.

Hvem er målgruppen?

Hvem i organisasjonen er det som skal ta beslutningen og/eller implementere?

Noen eksempler på målgruppe i en beslutnings-/implementeringsprosess kan være:

- fagrådgivere
- profesjonsutøvere og fagarbeidere

- ledere
- saksbehandlere
- politikere

Oppdragsgiver sitter med mye kunnskap, men kan noen ganger trenge hjelp til å strukturere prosessen. Det kan hende det må flere møter til for å lage en god plan for beslutning og/eller implementering. Et eksempel kan være at en først presenterer forskningsomtalen i en avdeling eller for fagrådgivere etterfulgt av en idemyldring/diskusjon om hvordan det skal tas videre.

Det er også viktig å fortsette å spørre oppdragsgiver om de har noen tanker om hvem andre denne forskningsomtalen kan være viktig for og spørre om de er med i noen nettverk der forskningsomtalen kan deles. Å spørre om det gjør at de blir bevisste på at dette ikke er kunnskap som skal ligge i en skuff, men deles og brukes aktivt.

Hvordan kunne bidra til beslutning og/eller implementering?

Det er viktig å tydeliggjøre at beslutning om type tiltak tas før man begynner implementeringsprosessen. Vær oppmerksom på at oppdragsgiver kan ha implementeringsmetoder eller prosjektmetoder de ønsker å bruke. Det er viktig å tydeliggjøre at vi bidrar – uavhengig av hvilket valg som gjøres.

Fra kunnskap til beslutning

Beslutningsprosessen bør være kunnskapsbasert, hvor forskning kun er et av kunnskapsgrunnlagene. Det viktige er å synliggjøre alle delene av [kunnskapsbasert praksis](#) slik at de ulike kunnskapskildene blir tatt høyde for. I forkant må en gjøre en del arbeid for å finne ulike typer kunnskap, for eksempel den forskningsbaserte, den erfaringsbaserte og den profesjonsbaserte, i tillegg til settingen det foregår i. Kunnskapsbasert praksis kan også bety at en må innhente detaljert informasjon om andre forhold, for eksempel økonomiske og organisatoriske konsekvenser. I en minimetodevurdering finne en også maler for å beregne og innhente dette.

Det finnes verktøy for å legge til rette for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger. Fra Kunnskap til beslutning-verktøyet er oversatt fra engelsk [Evidence to Decision \(EtD\)](#). Verktøyet gjør det mulig å ta beslutninger på en systematisk og etterprøvable måte. Det er bygget opp rundt syv spørsmål hvor fordeler og ulemper vurderes på en skala med seks muligheter.

En presentasjon av hvordan verktøyet kan brukes i en workshop finnes [her](#). Erfaringsmessig er det positivt om denne workshopen ledes av en som kjenner problemstillingen og verktøyet. I tillegg er det nødvendig at alt grunnlagsmaterialet er på plass før workshopen.

Fra kunnskap til implementering

«Fra kunnskap til handling»-modellen gir en oversikt over de ulike trinnene for implementering og [denne videoen gir en kort introduksjon](#). Det finnes også en [implementeringsveileder](#) som kan bidra til å hjelpe med de ulike trinnene.

SKJEMA FOR MINI-METODEVURDERING

For vurdering av tiltak i kommuner

Mini-metodevurdering har som formål å bidra til kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye tiltak i kommunehelsetjenesten og må sees i sammenheng med den enkelte kommunes strategi, organisering, økonomi og praksis.

Tittel på mini-metodevurderingen	[Klikk her for å skrive tittel]
Dato for ferdigstillelse	[Klikk her for å skrive dato]
Kommune	[Klikk her for å skrive kommune]

Bidragstere

Forslagsstiller/ansvarlig	[Klikk her for å skrive navn]
Økonom	[Klikk her for å skrive navn]
Fra kommune	[Klikk her for å skrive navn]
Fra FHI	[Klikk her for å skrive navn]

INNHOOLD

Del 1:	73
Innledning	73
Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes	74
Beskrivelse av dagens praksis i egen kommune	75
Etikk, klima og miljø	75
Del 2:	76
Forskningsomtale	76
Del 3:	77
Organisering i egen kommune	77
Del 4:	78
Økonomiske aspekter	78
Del 5:	80
Oppsummering og konklusjon	80
DEL 6:	82
Habilitet og signatur for forslagsstiller	82

DEL 1:

Innledning

Kontaktinformasjon

Kommune	[Klikk her for å skrive kommune]
Arbeidssted	[Klikk her for å skrive arbeidssted]
Kontaktperson	[Klikk her for å skrive kontaktperson]
E-post	[Klikk her for å skrive e-post]
Kontaktinformasjon ved FHI	

Hva er formålet med utredningen?

- Å innføre et *nytt* tiltak i kommunen
- Revurdering av et *eksisterende* tiltak som finnes i kommunen [info]
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)
[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Hvilke spørsmål er særlig viktig å få belyst i denne mini-metodevurderingen?

- Nytte for bruker/helseeffekt
- Sikkerhet/risiko
- Kostnader
- Organisatoriske konsekvenser
- Etske eller bærekraftige aspekter
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)
[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes

Gi en kort beskrivelse av det aktuelle tiltaket som skal vurderes [info]

[\[Klikk her for å skrive om tiltaket\]](#)

Omfatter metoden medisinsk utstyr, skal det oppgis om det foreligger nødvendig CE-merking [info]

[\[Klikk her for å skrive om CE-merking, hvis aktuelt\]](#)

Definer kriteriene for søk og utvelgelse av litteratur [info]

Populasjon

population

Oppgi:

1. Aktuell sykdom/tilstand
2. Aktuell pasientgruppe (f.eks. aldersgruppe, kjønn etc.)

[\[Klikk her for å skrive om *populasjon*\]](#)

Tiltak

intervention

Oppgi navn på tiltaket som skal vurderes.

[\[Klikk her for å skrive om *tiltak*\]](#)

Sammenligning

comparison

Oppgi alternative tiltak som det sammenliknes med. Dette vil ofte være dagens praksis.

[\[Klikk her for å skrive om *sammenligning*\]](#)

Utfall

outcome

Oppgi relevante endepunkt/utfall, dvs. hva man ønsker å måle virkningen av tiltaket på.

[\[Klikk her for å skrive om *utfallsmål*\]](#)

Annet

F. eks. studiedesign, publikasjonsår, språk, kommunal kontekst

Beskrivelse av dagens praksis i egen kommune

Gi en kort beskrivelse av eventuelt eksisterende tiltak og dagens praksis

[\[Klikk her for å skrive om eksisterende tiltak\]](#)

Vil det nye tiltaket komme i tillegg til eller erstatte allerede eksisterende tiltak?
Spesifiser.

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Er det noen tiltak som brukes i kommunen nå som bør fases ut dersom det nye tiltaket innføres? Spesifiser. [info]

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Informasjonssikkerhet og personvern, etikk, klima og miljø

Hvordan er datasikkerhet og personvern, for eksempel DPIA (personvernkonsklusjon), knyttet til det nye tiltaket ivaretatt?

[\[Klikk her for å skrive om personvern og datasikkerhet\]](#)

Utfordrer metoden etablerte verdier i samfunnet? [info]

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Hvordan vil innføring av tiltaket påvirke klima og miljø?

DEL 2:

Forskningsomtale

En **forskningsomtale** er en kort beskrivelse (1-3 sider) og gradering (dvs. hvor mye vi stoler på resultatene) av en eller flere systematiske oversikter om det aktuelle tiltaket, vanligvis med tilleggsopplysninger som er relevant for norske forhold.

En **systematisk oversikt** har som hensikt å svare på ett eller flere spesifikke forskningsspørsmål. Forfattere av systematiske oversikter bruker en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, velge ut, vurdere og oppsummere all tilgjengelig forskning om forskningsspørsmålet.

Se forskningsomtalen på neste side.

DEL 3:

Organisering i egen kommune

Er en eventuell innføring av tiltaket forankret på relevant ledernivå?

[\[Klikk her for å svare på spørsmålet\]](#)

Vil det ved innføring av tiltaket være særskilt behov for kompetanseheving av personalet, eventuelt nye ansettelser?

[\[Klikk her for å svare på spørsmålet\]](#)

Vil det ved innføring av tiltaket være behov for endringer relatert til arbeidstid, bemanning, arbeidsmiljø/sikkerhet e.l.?

[\[Klikk her for å svare på spørsmålet\]](#)

Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av tiltaket, eller er det behov for bygningsmessige endringer? Spesifiser.

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Hvordan vil andre kommunale tjenester (f.eks. sosial-, service- og/eller IT-tjenester) bli påvirket ved innføring av tiltaket?

[\[Klikk her for å svare på spørsmålet\]](#)

Hvordan vil innføring av tiltaket eventuelt påvirke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten eller andre eksterne tjenester?

[\[Klikk her for å svare på spørsmålet\]](#)

Hvis innføring av tiltaket krever/fører til andre viktige organisatoriske endringer som ikke er dekket av spørsmålene over, kan dette føres opp i kommentarfeltet under.

[\[Klikk her for å gi utfyllende kommentarer\]](#)

DEL 4:

Økonomiske aspekter

Beskriv hvilke hovedantagelser som legges til grunn for de økonomiske beregningene utført i denne vurderingen: [info]

[\[Klikk her for å beskrive\]](#)

Hvor mange pasienter vil være mottakere av tiltaket? Hvordan forventes pasientgrunnet å utvikle seg over tid etter at tiltaket innføres?

[\[Klikk her for å beskrive\]](#)

Beregn oppstartskostnadene. Gjør en oppsummering av nødvendige investeringer og engangskostnader. [info]

Likviditetsbehov ift. Investeringer og engangskostnader	År 1	År 2
Investeringsbehov		
Andre engangskostnader/faste utgifter		
Sum		

[Eventuelle kommentarer:](#)

Oppsummer endringer i driftskostnader [info]

Driftskostnader – per bruker	Dagens tiltak		Nytt tiltak	
Sum for kommunen per bruker				
Kostnader helsetjenesten utenfor kommunen per bruker				
Merkostnad / mindrekostnad ved skifte av metode - per bruker				
Driftskostnader – alle brukere	Antall brukere	Dagens tiltak	Antall brukere	Nytt tiltak
Sum for kommunen – alle brukere				

Kostnader helsetjenesten utenfor kommunen – alle brukere				
Merkostnad / mindrekostnad ved skifte av metode - alle brukere				

Eventuelle kommentarer:

Hva er de budsjettmessige konsekvensene for kommunen ved innføring av tiltaket?

Budsjettmessige konsekvenser for kommunen	År 1	År 2
Investeringsbehov		
Andre engangskostnader/faste utgifter		
Sum driftskostnader for kommunen – alle brukere		
Evt. annet; inntekter (+) / utgifter (-) - som tilskudd		
Netto		

Eventuelle kommentarer:

Beskriv forventede økonomiske konsekvensene for andre parter, for eksempel pasienter/pårørende, helseforetak.

[\[Klikk her for å beskrive\]](#)

Se eventuelt vedlagt regneark i Excel.

DEL 5:

Oppsummering og konklusjon

Gi en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved innføring av tiltaket i kommunen:

	Fordeler	Ulemper
For pasienter	[Skriv her]	[Skriv her]
For pårørende	[Skriv her]	[Skriv her]
For personell	[Skriv her]	[Skriv her]
For kommunen	[Skriv her]	[Skriv her]
For spesialisthelsetjenesten	[Skriv her]	[Skriv her]
Evt. andre	[Skriv her]	[Skriv her]

Er det sannsynlig at det foreslåtte tiltaket er like godt eller bedre enn dagens praksis?

- Ja
- Nei
- Usikkert

[\[Klikk her for å skrive en kommentar\]](#)

Gi en oppsummering av de økonomiske konsekvensene for kommunen ved innføring av tiltaket:

[\[Klikk her for å beskrive\]](#)

Hva er din konklusjon på denne mini-metodevurderingen?

A) *Ved vurdering av et nytt tiltak*

- Tiltaket bør innføres i vår kommune
- Tiltaket bør ikke innføres i vår kommune
- Beslutning om innføring av tiltaket bør avvendes
- Annet

[\[Klikk her for å skrive en kommentar\]](#)

B) *Ved vurdering av et eksisterende tiltak (dvs. dagens praksis)*

- Tiltaket bør fortsatt være i bruk i vår kommune
- Tiltaket bør fases ut av vår kommune
- Annet

[\[Klikk her for å skrive en kommentar\]](#)

Hvis tiltaket innføres i kommunen: Hvordan og hvor lenge skal metoden følges opp/monitoreres etter innføring? Spesifiser. [info]

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

DEL 6:

Habilitet og signatur for deltagere

I feltene under skal du oppgi hvis det er forhold som vil kunne bety noe for din habilitet i arbeidet med mini-metodevurderingen. Hvis du ikke har noe å melde under de enkelte punktene, skriver du «intet å melde».

Har du direkte engasjementer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (økonomiske fordeler pga. ansettelsesforhold, egen næringsvirksomhet, styreverv, oppdrag, investeringer, godtgjørelser etc.)?

Kommune	
FHI	

Har du indirekte engasjementer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (indirekte økonomiske fordeler, for eksempel stipendier, prosjektstøtte eller andre former for fordeler)?

Kommune	
FHI	

Har du engasjementer i forbindelse med din egen eller din nærmeste families yrkesutøvelse som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (husk også at fjernere slektskap kombinert med særlig fordel, tap eller ulempe for den det gjelder, kan føre til inhabilitet)?

Kommune	
FHI	

Har du medlemskap eller annen tilknytning til organisasjoner eller organer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen?

Kommune	
FHI	

Er det andre forhold som kan være egnet til å svekke tilliten til din upartiskhet (f.eks. vennskap/uvennskap, andre forhold)?

Kommune	
FHI	

Kommune:

[Sted, dato]

[Navn]

FHI:

[Sted, dato]

[Navn]

Vedlegg 9: Sluttevalueringer forskningsomtale og mini-metodevurdering

Evaluering

Tilbakemelding på forskningsomtalen og nytteverdien er viktig i vårt kvalitetsforbedringsarbeid. Vi har derfor laget et spørreskjema som vi skal bruke som utgangspunkt i samtalen om forskningsomtalen.

Kontaktperson i kommunen:

Kontaktperson FHI:

Spørsmål 1:

Hva var den faglige begrunnelsen for bestillingen? Hvorfor var akkurat dette temaet aktuelt for dere? Hvem var involvert i bestillingen?

Beskriv kort:

Spørsmål 2:

- a. I hvilken grad er dere fornøyd med prosessen fra bestilling til publisering av forskningsomtalen?

Ikke fornøyd	Litt fornøyd	Hverken fornøyd eller ikke fornøyd	Fornøyd	Svært fornøyd

Kommentar:

- b. Hvordan fungerte involveringen av dere i oppstartsfasen, for eksempel når det gjelder førstegangssamtalen og videre spesifisering av forslaget?

Kommentar:

- c. Hvordan opplevde du kommunikasjonen med forsker/bibliotekar om for eksempel progresjon, avklaringer og funn?

Kommentar:

- d. Hvordan var samarbeidet internt i kommunen ved utarbeidelse av forslaget til forskningsomtalen?

Kommentar:

- e. Hvordan var tidsbruken - tiden det tok fra bestilling til publisering?

Kommentar:

Spørsmål 3

- a. I hvilken grad har forskningsomtalen vært nyttig?

Ikke nyttig i det hele tatt	Litt nyttig	Hverken nyttig eller ikke nyttig	Nyttig	Svært nyttig

Kommentar:

- b. Hvordan ble forskningsomtalen brukt etter at den ble mottatt? Ble den for eksempel lest av deg selv og kollegaer og ga en faglig oppdatering eller bekreftet kunnskap, presentert internt eller eksternt i kommunen av leder, brukt i kommunens planarbeid, benyttet i politisk sak eller som kunnskapsgrunnlag for utvikling av en tjeneste.

Kommentar:

- c. Hvordan har støtten vært fra forsker når forskningsomtalen skulle tas i bruk? Fikk dere for eksempel støtte til formidling, kunnskap om implementeringsprosessen, veiledning om beslutningsstøtte?

Kommentar:

- d. Hvordan har prosessen med å ta i bruk forskningsomtalen vært internt i deres kommune? For eksempel samarbeid med ledelsen, formidling til politikere eller samarbeid med klinikere?

Kommentar:

- e. Hvordan var tidsbruken? Tiden det tok fra dere mottok forskningsomtalen til den ble tatt i bruk eller at det ble laget en plan for bruk?

Kommentar:

Spørsmål 4

Hva kunne evt. gjort forskningsomtalen med nyttig? For eksempel i presentasjon av funn, formidling, grad av beslutningsstøtte, grad av implementeringsstøtte, grad av tverrfaglighet.

Kommentar:

Spørsmål 5

Hvordan blir arbeidet fremover med å bruke kunnskapsbasert praksis i deres arbeidshverdag? For eksempel møter med administrasjonen, presentasjon i en arbeidsgruppe, formidling til politikere, planlegging med tanke på kostnader eller gjennomførbarhet.

Kommentar:

Evalueringskjema: bruk av metodevurdering i kommunene

Utarbeidet av: Maria Bjerck og Helene Arentz-Hansen, FHI.

Tilbakemelding på metodevurderingen og nytteverdien av den er viktig i vårt kvalitetsforbedringsarbeid. Vi har derfor laget et spørreskjema som det hadde vært fint om dere kan fylle ut som tilbakemelding til oss. Det er meningen at alle spørsmålene skal besvares kort. Kom gjerne med konkrete forslag til forbedringer. Ta gjerne kontakt om dere heller ønsker vi skal fylle denne ut sammen.

Tema for metodevurderingen:

Kontaktperson i kommunen:

Kontaktperson FHI:

Kontaktperson ved eventuell annen samarbeidende institusjon:

Dato for utfylling:

A) Bakgrunn

Spørsmål 1: Hva var bakgrunnen for at dere ønsket å gjennomføre en metodevurdering?

(Hva var den faglige begrunnelsen for forslaget? Hvorfor var akkurat dette temaet aktuelt for dere? Hvem var involvert i bestillingen? Er det en del av overordnet planarbeid/strategi?)

Beskriv kort:

B) Prosess fra oppstart til publisering

Spørsmål 2: Hvordan opplevde dere møtene?

(For eksempel agenda/innhold, gjennomføring, tid, innføring i metodikk, kommunikasjon med forsker,)

Beskriv kort:

Spørsmål 3: Hvordan opplevde dere arbeidet med metodevurderingen mellom møtene, ved oppstart og ved avslutning?

(For eksempel støtte fra forskerne, tidsintervall mellom møtene, tidsbruk, samarbeidet internt)

Beskriv kort:

C) Innhold i metodevurderingskjemaet

Spørsmål 4: I hvilken grad opplevde dere de ulike delene i metodevurderingskjemaet som nyttig/egnet for kommunen?

(Kryss av og beskriv kort).

DEL 1 Innledning. Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes inkludert utarbeidelse og konkretisering av problemstilling, beskrivelse av dagens praksis i egen kommune, etikk:

I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke

Beskriv kort:

DEL 2 Forskningsomtalen. I hvilken grad har forskningsomtalen vært nyttig? For eksempel hvordan ble forskningsomtalen brukt etter at den ble mottatt? Gav den en faglig oppdatering eller bekreftet kunnskap? Ble den presentert internt eller eksternt i kommunen av leder, brukt i kommunens planarbeid, benyttet i politisk sak eller som kunnskapsgrunnlag for utvikling av en tjeneste?

I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke

Beskriv kort:

DEL 3 Organisering i egen kommune

I hvilken grad var del 3 nyttig? For eksempel om forankring på ledernivå, påvirkning av tjenester, samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller andre eksterne tjenester.

I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke

Beskriv kort:

DEL 4 Økonomiske aspekter

I hvilken grad var del 4 nyttig? For eksempel utfylling av Excel-ark for å beregne oppstartskostnader, driftskostnader og budsjettmessige konsekvenser.

I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke

Beskriv kort:

DEL 5 Oppsummering og konklusjon.

I hvilken grad var del 5 nyttig? for eksempel for å lage en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved innføring av tiltaket i kommunen, habilitet og signatur:

I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke

Beskriv kort:

Spørsmål 5: Var det noen spørsmål i skjemaet dere synes manglet?

Spørsmål 6: Var det noen spørsmål i skjemaet dere synes var overflødig/overlappende?

D) Nytteverdi av å gjennomføre en metodevurdering

Spørsmål 7: I hvilken grad har prosessen med å gjennomføre en metodevurdering vært nyttig for dere?

(For eksempel i planlegging, beslutning og implementering av tiltaket i kommunen)

Kryss av og beskriv kort:

I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke

Beskriv kort:

Spørsmål 8: Hvordan ble metodevurderingen brukt etter at den ble ferdigstilt?

(Ble den for eksempel presentert internt eller eksternt i kommunen av leder, brukt i kommunens planarbeid, benyttet i politisk sak eller brukt som beslutningsgrunnlag for utvikling av en tjeneste eller annet?)

Beskriv kort:

Spørsmål 9: Hva kunne eventuelt gjort metodevurderingen mer nyttig?

(For eksempel formidlet på en annen måte, fått mer støtte, større grad av tverrfaglighet, mer involvering av andre parter?)

Beskriv kort:

Spørsmål 10: Kunne dere tenke dere å gjøre en metodevurdering igjen?

Beskriv kort:

Spørsmål 11: Har dere evt andre innspill eller tilbakemeldinger som ikke er dekket av spørsmålene over?

Vedlegg 10: Oversikt sluttevaluering oppdrag fra periode 2021-2023

1. Boformer for eldre

Bakgrunn: Oppdraget kom fra rådgiver i byrådsavdelingen på grunnlag av et vedtak fattet i bystyret: «Bystyret ber byrådet om å sjå med friske augo etter alternative buformer til omsorgstrappa enn dei vi så langt har. Vi treng buformer som oppmodar til fellesskap. Den «moderne aldersheimen» finst framleis ikkje. Bystyret oppmodar byrådet om å få arbeid fram ulike forslag til slike buformer og leggja forslaga fram for bystyret innan utgangen av perioden".» Som følge av vedtaket, så byrådsavdelingen et behov for å undersøke om det fantes forskning på brukeres opplevelse av ensomhet ved ulike boformer. Kunnskapsgrunnlag skulle brukes til å svare ut vedtaket fra Bergen bystyre. Oppdraget ble mottatt i mars 2021, omtalen ble levert i oktober 2021 og evaluering utført i april 2022.05.02

Erfaringer: Hva fungerte bra? Oppdragsgiver meldte tilbake at hun var fornøyd med samarbeidet med forskere og bibliotekar. Det var god kommunikasjon, involvering, avklaringer og hun syntes vi la frem forskningen på en pedagogisk måte. Oppdragsgiver syntes hun hadde lært mye om forskning og det å jobbe kunnskapsbasert. Det var nyttig med et EtD-seminar siden de da fikk samlet rådgivere på tvers av fagfelt og fikk diskutert viktige faktorer ift boligformer for eldre. Bra at forskerne følger dem etter publisering for å holde fokus. Nyttig med evalueringssamtale. Hva var utfordrende? Ideelt sett skulle forespørselen om en kunnskapsoppsummering vært utarbeidet gjennom et samarbeid av flere rådgivere, men dette er utfordrende å få til i praksis. Kan kunnskapskommunen ha en rolle i dette arbeidet? En annen utfordring er at man i planarbeid ofte trenger forskning på mange felt. En kunnskapsoppsummering kan ofte kun svare for en liten del. Oppdragsgiver melder at de trenger hjelp til formidling av resultatene – kunne holdt en faglunsj for rådgivere og deretter EtD seminar for ledere.

Nytte: Forskningsomtalen ble spredt i nyhetsbrev, på mail til relevante rådgivere og plangruppen. Den ble brukt som kunnskapsgrunnlag i «Plan for ny boligforsyning» og prosjekt «Omsorg +». Skal også brukes inn i arbeid med «Leve hele livet» og «Seniorplan for et aldersvennlig Bergen». Forskerne avholdt et EtD seminar i samarbeid med rådgiver og andre aktuelle fagpersoner fra Bergen Kommune. Mottok evaluering som danner grunnlag for forenkling av EtD modellen for videre bruk i kommunen.

2. Velferdsteknologi for personer med utviklingshemming

Bakgrunn: Etat for tjenester til utviklingshemmede i Bergen kommune ønsket å få oversikt over effekter av teknologi som kan støtte velferdsteknologiske løsninger i hverdagen for personer med utviklingshemming. Bakgrunnen var at de var usikre på hvordan de bruke velferdsteknologi som en ressurs og på en strukturert måte. Det ble levert tre Forskningsomtaler "Mobil teknologi kan støtte personer med funksjonshemming i hverdagen, "Støttende teknolog på arbeidsplassen for personer med utviklingshemmede" og ["Teknologisk støtte for å handle dagligvarer for elever og studenter med utviklingshemming"](#) i mars 2022.

Erfaringer: Oppdragsgiver var meget fornøyd med prosessen og framhever bra og tett dialog hvor forskerne var flinke til å snakke med praksis. Det var god framdrift, kommunen brukte tid. Prosjektet var forankret i fagmiljøet, men kunne vært bedre forankret i ledelsen og administrasjonen. Undervisningen var målrettet og tilrettelagt.

Nytte: Brukt aktivt både direkte via opplæring og indirekte via økt kunnskap i planarbeider og rutiner. Usikker på om det har vært brukt direkte i en beslutning, men etaten har i oppdragsbrev fra byrådsavdelingen fått beskjed om å jobbe med velferdsteknologi og det antas at forskningsomtalene har bidratt. Fått meget god hjelp på ulike til ulike presentasjoner, for fagrådgiver nettverk, ledermøte, film og inspirasjonsdag. Tilbakemeldingene har vært begeistret og forskningsomtalene har et format som er lett å forstå. Brukt aktivt i samarbeid med E-helse Vestland og USHT. Forskningsomtalene har bidratt til å sette søkelys på velferdsteknologi og ikke bare på

sensorteknologi. Det var overlapp av representant i "forskningsomtalegruppen" og «ressursgruppen».

3 Rekruttering av fagpersoner til helse- og omsorgstjenestene

Bakgrunn: Fagrådsgivernetverket i Etat for tjenester til personer med utviklingshemmede, Bergen kommune sendte inn forslaget: «Hvilke tiltak er effektive for rekruttering av personale til tjenester for mennesker med utviklingshemming?» da det er en utfordring å rekruttere sykepleiere og vernepleiere til tjenesten. Prosjektet var forankret i ledelsen av etaten, en felles interesse for å løse en felles utfordring med å rekruttere og beholde de drøye 2500 ansatte.

Erfaringer: Møtene ble beskrevet som konstruktive, lærerike, forutsigbare, involvert og tiden ble brukt effektivt. Prosessen ga følelse av eierskap og oppdragsgiver økte metodekunnskap i løpet av prosessen. God og grundig dialog for å avklare populasjon, tiltak og utfall. Jobbe med ord og uttrykk både i forhold til begreper i tjenesten, problemet, søk og forskningsord. Eneste tiltaket det ble funnet forskning på var utdanning under arbeid, men denne var meget god. Forskningsomtalen var i klarspråk og de forskningsbegrepene som ble brukt ble forklart. Tidsperspektivet kunne ideelt vært kortere, men det er behov for modning og driften skal holdes oppe. Møtetider kan kanskje avtales helt i begynnelsen av prosessen og kanskje også litt større samlinger av ledere og andre, men presentasjonene for fagrådsgiverne og EtD workshop for lederne og administrasjonen ble møtt med stor interesse. Positivt å få input på hav som var forskningsbasert og det støtter utvikling av tiltak som allerede er i gang, men vanskelig å si om dirkete effekt da det pågår kontinuerlig utvikling av rekrutteringsstrategier. For eksempel tilbys alle fast stilling, selv om de går inn i et vikariat. God måte og jobbe på, blir tvunget til å være veldig konkret. God arbeidsmetode. Avhengig av at ting formidles på en god måte og at trådene samles og oppsummeres. Fornøyd med prosessen og produktet, kommer ikke på hva som kunne gjøre det mer nyttig og gjør det gjerne igjen.

Nytte: EtD workshopen var logisk og ryddig og godt å komme fram til konkrete, det vil si en beslutning. Det var godt å dra det helt i land. Ofte skjer det at alt svever. Noen ganger er det viktigste at det blir tatt en avgjørelse. EtD workshop bør alle oppleve. Anbefales.

4. Tavle- og klyngemøter i helsetjenesten

Bakgrunn: Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet i Bergen kommune ønsket oppsummert forskning om effekter, virkninger og erfaringer med tavlemøter, med særlig søkelys på hjemmesykepleie/helsetjenester i hjemmet. Det ble ikke funnet systematiske kunnskapsoppsummeringer om dette emnet fra hjemmebaserte tjenester spesielt, men generelt fra helsetjenesten. Oppdragsgiver ønsker å bruke forskningsomtalen som kunnskapsgrunnlag for læring og videreutvikling av tavlebruken i egen virksomhet. I samtalene med kommunen deltok også etat for hjemmetjenester med etatsleder og rådgiver.

Erfaringer: Både forslagstiller og etaten uttrykte at det var nyttig å få forskningsomtalen. I evalueringsskjemaet krysset de av på at prosessen fra bestilling til publisering av den forskningsbaserte kunnskapsoppsummeringen var 'svært tilfredsstillende'. Omtalen ble vurdert som relevant selv om de gjennomgatte studiene primært var fra spesialisthelsetjenesten. De satt også pris på å få listen over relaterte referanser fra Norge som omfatter tavlemøter i tillegg til forskningsomtalen. De kunne ønske seg tydeligere svar på hva som virker/ikke virker. Dette er det imidlertid vanskelig å konkludere entydig om, blant annet fordi de omtalte studiene er fra andre deler av helsetjenesten og fra andre land enn Norge. Overførbarheten er derfor usikker i forhold til entydige svar i en hjemmesykepleiesammenheng.

Nytte: Forskningsomtalen kan likevel brukes som en bakgrunn for videre vurderinger, anbefalinger og beslutninger lokalt. De vurderte at forskningsomtalen var av såpass generell art at den kan den være like aktuell for sykehjemmetaten. Forslagsstiller arrangerte en 'kunnskapslunsj' i kommunen der forskningsomtalen ble presenter og ble utgangspunkt for samtale og videre anbefalinger. Etatsleder poengterte at tavlemøter i etaten skal fortsette, men også være under fortsatt tilpasning og utvikling.

Oppdragsgiver ønsket ikke støtte til formidling, kunnskap om implementeringsprosessen eller konkret veiledning om beslutningsstøtte. Like fullt uttrykte de i ettertid at prosessen med å ta i bruk kunnskapsoppsummeringen internt kunne vært mer systematisk og at de generelt har potensiale til å sette dette bedre i system.

5. Seksuell helse for personer med utviklingshemming

Bakgrunn: På oppdrag fra Etat for tjenester til utviklingshemmede i Bergen kommune ble det ytret et ønske om hjelp til å identifisere forskningsbasert kunnskap som viser hvilke tiltak som effektivt kan fremme sunn seksuell helse hos personer med utviklingshemming. Målgruppen for oppdraget er forvaltning og praksisfelt som jobber med personer med utviklingshemming. Oppdraget kom inn i september 2021 og per mai 2022 foreligger et utkast til en forskningsomtale av en relevant systematisk oversikt. Omtalen skal presenteres for oppdragsgivere og fagmiljø i juni og da blir det klart hvorvidt forankring i ledelse og fagmiljø er robust nok til å gå videre til en beslutnings- og implementeringsprosess. Oppdraget ble sendt inn på bakgrunn av en ny veileder for arbeidet med utviklingshemmede som ble publisert.

Erfaringer: Dette har så langt vært en prosess som først og fremst er positivt preget av engasjerte fagfolk i kommunen. Forslaget ble sendt inn uten skikkelig lederforankring, og underveis i prosessen har de som sendte inn forslaget sluttet. Oppdragsgiver gir tilbakemelding om gode prosesser underveis i arbeidet med forskningsomtalen, og at de har opplevd seg ivaretatt fra forskerne.

Nytte: Erfaringen er at omtalen er nyttig, men da mest som en støtte til veilederen. Siden det var liten lederforankring fra start av prosessen, gis det inntrykk av at det var vanskelig å få tatt i bruk omtalen i etterkant av at den var ferdig. Oppdragsgiver har senere vært med på en minimetode vurderings prosess i et annet oppdrag, og opplever at dette er en bedre prosess en kunnskap til beslutning, da de gjennom den prosessen i større grad ble tvunget til å ta stilling til hva de skulle bruke omtalen til. Erfaringen med den korte kunnskap til beslutnings workshopen som ble gjennomført i dette oppdraget (2 timer), var at dette ble for kort tid til å gjøre en god nok vurdering på videre bruk av omtalen.

6. Kompenserende tiltak i barnevernstjenesten

Bakgrunn: Oppdraget kom fra Etat for barn og familie i Bergen kommune. Grunnlaget for innspill til oppdrag var at man i barneverntjenestene har hatt mer fokus på endringsrettede enn kompenserende tiltak de siste årene. Samtidig tilbakemelder ansatte behov for mer/flere kompenserende tiltak og vi ønsket da å vite mer om kunnskapsgrunnlaget for å sette inn slike tiltak og hvilke som ville være mest relevant.

Erfaringer: Forslagsstiller synes de har fått god oppfølging fra FHI i prosessen. Planleggingsfasen fungerte fint siden alle ansatte ble invitert til å spille inn forslag og deltok i avklaringer i startfasen. Andre prosesser i kommunen (stort press i tjenesten) har gjort at de ikke har kunnet gjennomføre planlagte tiltak knyttet til tilbakeføring av kunnskap. Mulig at en raskere prosess vill i større grad ha muliggjort bruk av kunnskapen. En forpliktende fremdriftsplan/avtale ved starten kunne gjort det mindre sårbart.

Nytte: Tema for oppsummeringen vil bli relevant for innsatsområder som inngår i pågående planarbeid. Det er sannsynlig at vi vil bruke oppsummeringen som utgangspunkt for idemyldring/workshop når vi skal utarbeide tiltak knyttet til å utvide tiltaksvidden for barn i barnevernet. Evalueringsskjema var nyttig i seg selv siden oppdragsgiver fikk diskutert erfaringer og veien videre.

7. Rask psykisk helsehjelp

Bakgrunn: Leder for en ny enhet i kommunen, Rask psykisk helsehjelp, melder inn et oppdrag som omfatter effekt av tiltak ved samme navn. Dette oppdraget handler om et tiltak som allerede er anbefalt av Helsedirektoratet og som er etablert. Forslagsstiller ønsker forskningen for egen del og

for å bruke den inn mot sine medarbeidere. Oppdraget tildeles HVL mars 2021 og er ferdig i juni samme år.

Erfaringer og nytte: Forslagsstiller var klar på at hun i første omgang ønsket hjelp til å identifisere oppsummert forskning som angikk deres virksomhet, nemlig tiltaket Rask psykisk helsehjelp. Da hun fikk presentert resultatet fra scoping søket mente hun at hun hadde det hun trengte. Hun mente at hun selv ville være i stand til å lese og forholde seg kritisk til de kunnskapsoppsummeringene som ble identifisert og ville ta kontakt igjen dersom det skulle være behov for bistand til å skrive omtale, eller bidra til beslutnings- eller implementeringsprosesser rundt dette.

8. Triage på legevakt

Bakgrunn: Bergen legevakt skal innføre et triageringssystem, som skal være et beslutningsstøtteverktøy for ansatte som skal vurdere og prioritere henvendelser. Målgruppen for oppdraget er beslutningstakere i Bergen kommune som skal avgjøre hvilket triage system Bergen legevakt skal gå til innkjøp av. Tildelingen av oppdraget var mars 2020, i juni ble det (brått) avsluttet etter ønske fra forlagsstiller.

Erfaringer: Prosessen for dette oppdraget var noe uheldig. Oppdraget stod først frem som et ønske om hjelp til å fremskaffe forskningsbasert kunnskap til en viktig og kostbar avgjørelse i kommunen. Etter hvert viste det seg at beslutningsprosessen hadde kommet langt lenger enn det som var formidlet og at det i realiteten stod mellom to ulike triagesystemer. Dette fremkom først etter at det var lagt ned betydelige ressurser knyttet til den åpne forespørselen som først kom. Dette viser hvor viktig det er å få kartlagt tidlig i prosessen om de rette interessenter og beslutningstakere faktisk er med i oppdraget og prosessen.

Nytte: Forslagsstiller fikk tilsendt et par kunnskapsoppsummeringer som er allerede forelå og som var gjennomført av FHI på triagering. Hvorvidt disse bidro til en beslutning vites ikke.

9. Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre

Bakgrunn: Byrådsavdelingen for helse og omsorg i Bergen kommune skulle lages en rapport om ensomhet blant eldre i Bergen kommune. Samtidig var det behov for økt kunnskap om forebyggende tiltak mot ensomhet blant eldre i forbindelse med utvikling av ny folkehelseplan og på sikt også med hensyn til rullinger av kommuneplaner med eldre som målgruppe. De ønsket i den forbindelse oppsummert forskning om tiltak som kan være effektive og virksomme for å forebygge ensomhet blant eldre. Det ble identifisert to internasjonale systematiske oversikter som var særlig relevante og som kommunen ønsket omtale av.

Erfaringer: Oppdragsgiver i kommunen krysset av på at de var fornøyd med prosessen fra bestilling til publisering av den forskningsbaserte kunnskapsoppsummeringen. I evalueringen uttrykte de ikke hadde erfaring med å bestille slike oppsummeringer og at de med mer erfaring ville klare å spisse bestillingen bedre. De ønsket rask levering av kunnskapsoppsummeringene (få måneder). De mente at både dem og oppdragstaker kan bli tydeligere på hvor lang tid en kunnskapsoppsummering tar, og at de som bestiller må bli bedre på å planlegge i tide, slik at kunnskapsoppsummeringer kommer tidsnok.

Nytte: Kunnskapsoppsummeringene kom for sent til at den kunne brukes i kommunens rapport om ensomhet, men oppdragsgiver uttrykte at kunnskapsoppsummeringene likevel er viktig å ha med seg videre i utvikling av tiltak i andre planer hvor eldre er målgruppen.

10. Digital samkonsultasjon innen psykiske helsetjenester

Bakgrunn: Sogndal kommune hadde i sammenheng med pilotering av digital hjemmeoppfølging, behov for å kunne vurdere om ny metode og tiltak var kunnskapsbasert og hvordan tiltaket påvirket pasient, kommune og spesialist. Tiltaket i oppdraget var samkonsultasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen knyttet til personer med alvorlige psykiske lidelser. I et

område med store avstander mellom kommune og spesialisthelsetenesta så man at samhandlingsmøter mellom aktørane ved utskrivning var mangelfull. Ressursbruk knytt til reisetid ble trukket frem som avgjørende for at samhandlingen var mangelfull.

Erfaringer: I dette oppdraget ble det gjort en metodevurdering der forskningsomtalen var en av delene. Kommunen opplevde at møtene var hensiktsmessige og at de fikk god støtte fra FHI til å utarbeide deloppgavene. Hensiktsmessig å se på klinisk effekt av tiltaket og dette er noe kommunen trenger hjelp til. Hensiktsmessig å se på organisatoriske og økonomiske faktorer. Det kunne vært kortere tidsintervall mellom møtene for å effektivisere prosessen. Burde digitalisere verktøyet og publisere på en nettside slik at det ble tilgjengelig for andre kommuner. Skjemaet bør være fleksibelt slik at kommunene kan fylle ut det som er relevant for dem.

Nytte: Et godt beslutnings verktøy for overordnet ledelse ved innføring av ny metode. Kunne tenke seg å gjøre en metodevurdering igjen. Er nyttig å gjøre en metodevurdering for tiltak som er veldig kostbare.

11. Digital hjemmeoppfølging i hjemmetjenesten

Bakgrunn: Stad kommune har vært pilotkommune i en større randomisert kontrollert studie der man så på effekten av digital hjemmeoppfølging. De var i fasen fra å være pilotkommune til å videreføre DHO til drift i hjemmetjenesten og ønsket å få en bedre oversikt over kost-nytte. Vi gjorde en metodevurdering og i teamet deltok to forskere og bibliotekar fra FHI, to prosjektmedarbeidere og leder fra Stad kommune og en ressursperson fra Larvik kommune.

Erfaringer og nytte: Tilbakemeldingen var at det var en ryddig prosess og at strukturen hjalp kommunen med fremdrift i sin egen prosess. De syntes det var nyttig å reflektere over kunnskapsgrunnlaget. I tillegg var det nyttig å se kostnadene over tid i prosjektperioden siden fokus har vært på gjennomføring og rekruttering av pasienter og ikke så mye på kostnadene. De syntes de fikk gode innspill og at det var nyttig å ha med en ressursperson fra praksisfeltet. En utfordring er at dette er et nytt forskningsfelt så det var mye usikkerhet i forskningen man klarte å finne.

12. Nattarbeid

Bakgrunn: Bergen kommune ønsket å vurdere om det var formålstjenlig å utvide nattevakter til langvaksordninger (fra 10 timer til 12,5 timer) hva vil det bety, med tanke på blant annet heltidsskultur, sykefravær og turnover. Kontaktperson til Kunnskapskommunen foreslo å sende den til Kunnskapskommunen for å få oversikt over forskningen m.m. for å få synliggjort faktagrunnlaget for å kunne diskutere med tillitsvalgte og verneombud.

Erfaringer: Vi erfarte at en gruppe på fire – to fra kommunen og to fra FHI – var en veldig god gruppestørrelse. Dette gjorde at kommunikasjonen gikk uanstrengt og at møtene ble effektive. Vi trakk inn ressurspersoner fra kommunen (økonom, tillitsvalgte) ved behov. Vi erfarte at det var veldig nyttig å sette opp en møteplan og avtale møtedatoer og når de ulike delene av minimetodevurderingen skulle foregå allerede på første møtet. Vi hadde fem møter på ca 1,5 time, med møter annenhver uke. Dette klargjorde forventningene og arbeidsflyten. At møtene allerede lå i kalenderen gir forutsigbarhet og krav til at arbeidet faktisk prioriteres og går framover. Arbeidet foregikk i all hovedsak mellom møtene og i kommunen, mens møtene ble brukt til spørsmål og med FHI som sparringspartner. Denne strukturen ga, slik vi fasilitatorene opplevde det, Bergen kommune ansvar og eierskap til prosjektet og prosessen. Det tette samarbeidet mellom forskerne på FHI, med refleksjonsmøter etter hvert møte med kommunen, ga fleksibilitet og gjorde at hver av oss også var i stand til å lede møter på egenhånd ved behov. Prosjektet ble kjørt parallelt med prosjektet om langturnus i Alver kommune, og de samme forskningsomtalene inngikk i metodevurderingen.

Nytte: Med en på forhånd bestemt møtefrekvens og tidspunkter for når hva skulle gjøres, ble det lett å være i tankegangen gjennom hele prosessen. Prosessen ble oppfattet som et likeverdig samarbeid mellom engasjerte personer. Metodevurderingsskjemaet ble oppfattet som et godt verktøy for å spisse spørsmål – det bidrar til å strukturere tankene. Det gir også refleksjonsrom, for eksempel

rundt etikk og egen organisering. Metodevurderingen gir et fortrinn ved at det er faktagrunnlag slik at diskusjonene kan være kunnskapsbaserte både intern og opp mot politisk nivå. Står stødigere ved å vise fram forskning og har vært villige til å gå inn i prosessene. Kan kanskje føre til positivt omdømme for kommunen og etaten som kan ha indirekte effekter på for eksempel rekruttere og beholde. Skjemaet presentert for tillitsvalgte og verneombud, vil bli presentert for direktør og i andre fora. Brukes allerede indirekte når en diskuterer tiltak og strategier. Det var nyttig med en enkel gjennomgang om «hvordan lese og forstå forskning».

13. Langvakter

Bakgrunn: Alver kommune har prøvd ut bruk av langvakter på helg i årsturnus i noen avdelinger, og ønsket å finne ut mer om bruk av langvakter i turnus være nyttig i møte med utfordringer med rekruttering og forventninger til løsninger på deltidsproblematikk i kommunen. Det prøves ut langvakter i fire av sju avdelinger i hjemmetjenesten og i to av sju avdelinger i sykehjemstjenesten. Før brukes eventuelt utvides ønsket kommunene å få mer kunnskap om hvilke effekter langturnus kan ha helse, feil i tjenesten, turnover osv.

Erfaringer: Vi erfarte at en gruppe på fire – to fra kommunen og to fra FHI – var en veldig god gruppestørrelse. Dette gjorde at kommunikasjonen gikk uanstrengt og at møtene ble effektive. Vi trakk inn ressurspersoner fra kommunen (økonom, tillitsvalgte) ved behov. Vi erfarte at det var veldig nyttig å sette opp en møteplan og avtale møtedatoer og når de ulike delene av minimetodevurderingen skulle foregå allerede på første møtet. Vi hadde fem møter på ca 1,5 time, med møter annenhver uke. Dette klargjorde forventningene og arbeidsflyten. At møtene allerede lå i kalenderen gir forutsigbarhet og krav til at arbeidet faktisk prioriteres og går framover. Arbeidet foregikk i all hovedsak mellom møtene og i kommunen, mens møtene ble brukt til spørsmål og med FHI som sparringspartner. Denne strukturen ga, slik vi fasilitatorene opplevde det, Alver kommune ansvar og eierskap til prosjektet og prosessen. Det tette samarbeidet mellom forskerne på FHI, med refleksjonsmøter etter hvert møte med kommunen, ga fleksibilitet og gjorde at hver av oss også var i stand til å lede møter på egenhånd ved behov. Prosjektet ble kjørt parallelt med prosjektet om nattarbeid i Bergen kommune, og de samme forskningsomtalen inngikk i metodevurderingen. Tilbakemeldingene fra oppdragsgiver tilsier at prosessen var både nyttig, lærerik og krevende.

Nytte: Strukturen og prosessen rundt minimetodevurderingen ble opplevd som nyttig – et nyttig verktøy som gir struktur og skaper nysgjerrighet til å forske og kartlegge. Spørsmålene i skjemaet skaper refleksjon, og prosessen skaper bevissthet rundt hvordan en kan og bør jobber med kunnskapsinnhenting/-kartlegging. Det var nyttig med en enkel gjennomgang om «hvordan lese og forstå forskning», og det ble uttrykt et ønske om at det tilføyd en liten sjekklister på hvordan lese artikler kritisk i prosessen.

14. Karriereutvikling for ulike utdanningskull i vernepleie

Bakgrunn: Etat til tjenester til utviklingshemmede i Bergen kommune ønsket å vite hvordan karriere, valg av arbeidssted og arbeidssituasjon for vernepleiere/sykepleiere over tid påvirkes avhengig av alder, kjønn og tilknytning til utdanningssituasjon og om det er strømninger i utviklingen over tid.

Erfaringer og nytte: Spesialistbibliotekar har gjort et søk med søkeordene «nursing and career choices» på startside til Epistemonikos og fant [noen systematiske oversikter](#) men vi oppfatter at de ikke adresserer spørsmålet godt nok. Vi videreformidlet at vi heller ikke trodde at et mer systematisk søk vil finne oversikter som besvarer spørsmålet fordi det er så kontekstavhengig. Vi anbefalte derfor å gå direkte på norske ressurser, for eksempel sjekke om fagforeninger kan ha oversikt over denne type informasjon. Vi gjorde også søk på sykepleier og vernepleier på SSB og videreformidlet rapporter som vi fant (Regional mobilitet og yrkesaktivitet blant helsefagarbeidere) og viste også til at SSB svarer på spørsmål.

15. Musikkterapi for personer med hjerneslag

Bakgrunn: Bergen kommune ønsker å vite effekten av musikkterapi i rehabilitering av personer med nevrologiske sykdommer og tilstander. Kommunen ønsket å se særlig på utfall knyttet til utfordringer med språk og kommunikasjon for personer som har hatt hjerneslag.

Erfaringer og nytte: Omtalen ble utført i en periode på 4 uker (inkludert påskeferie). Bestillingen var konkret, og oppdragsgiver var tilstedeværende og involvert i prosessen noe som muliggjorde en såpass kort prosess. Målet med omtalen var at den skulles brukes inn i en politisk sak. I følge oppdragsgiver var omtalen med på å belyse kunnskapsgrunnlaget om effekt av musikkterapi i nevrorehabilitering, som videre var nyttig som del av en helhetlig vurdering av musikkterapi som tiltak i kommunal rehabilitering.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2023
Postboks 222 Skøyen,
0213 OSLO
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no