



# Evaluering av pilotering av Kommunenes strategiske forskningsorgan

---

Rapport 2023–20





Proba-rapport nr. 2023–20, Prosjekt nr. 23033

ISSN: 1891-8093

JP/ RB, PDS/ HSS, 9. januar 2024

--

Offentlig

--

# Evaluering av pilotering av Kommunenes strategiske forskningsorgan

Utarbeidet for KS



## Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra KS i samarbeid med Agenda Kaupang. Probas prosjektteam har bestått av prosjektleder Jens Plahte, og Rune Busch, med Henrik Sætra som kvalitetssikrer. Fra Agenda Kaupang har Cecilie Aagestad og Lars Øystein Eriksen medvirket.

Vi takker for godt samarbeid med prosjektgruppa i KS gjennom prosjektperioden. Og vi er svært takknemlige for innsatsen og bidragene fra referansegruppa, deltakerne på et arbeidsverksted og, sist, men ikke minst, informantene i intervjuene.

Oslo, 9. januar 2024



# Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER .....	1
EXECUTIVE SUMMARY .....	5
1 INNLEDNING .....	9
1.1 Bakgrunn .....	9
1.2 Problemstillinger og oppdragsforståelse .....	13
1.3 Teori og metoder .....	16
1.4 Om rapportens oppbygning og struktur .....	17
2 KONTEKST – TILGRENSENDE INITIATIVER OG AKTØRER .....	19
2.1 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester .....	19
2.2 Senter for omsorgsforskning .....	20
2.3 Fylkeskommunenes rolle .....	20
2.4 Sammenfattende kommentarer .....	21
2.5 Internasjonale erfaringer .....	21
3 BESKRIVELSE AV FIRE KSF-REGIONER OG KSF NASJONALT .....	23
3.1 KSF på nasjonalt nivå .....	23
3.2 KSF Vest-piloten .....	24
3.3 KSF-pilot Midt .....	29
3.4 Region Sør-øst: Kommunesamarbeid i Agder-regionen .....	32
3.5 Region Nord: Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord og Bodø kommune 33	
3.5.1 Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord .....	33
3.5.2 Bodø kommune .....	35
3.5.3 Sammenfatning; Regionene Sør-øst og Nord .....	36
4 GJENNOMGANG AV VÅRE FUNN OG RESULTATER .....	37
4.1 Det nasjonale nivået – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ...	37
4.2 Det regionale nivået .....	38
4.2.1 Erfaringer med etablering av strukturer .....	38
4.2.2 Samarbeid med andre aktører på regionalt nivå .....	39
4.2.3 Det regionale leddets pådriverrolle .....	40
4.3 Kommuneklyngene .....	42
4.3.1 Erfaringer med organisering og etablering av klyngene .....	42
4.3.2 Erfaringer og resultater fra klyngesamarbeidet .....	43
4.3.3 Kunnskapsstøttesystemet i KSF Vest-piloten .....	44
4.4 Kommunene .....	47
4.5 Andre funn og resultater .....	49
4.5.1 Bør forskning og utvikling i kommunene være lovpålagt? .....	49
4.5.2 Praksisnære utdanningstilbud .....	49
5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER .....	50
5.1 Problemstilling 1: Hva er sentrale erfaringer og resultater fra KSF-piloten? ..	50
5.1.1 Samarbeid på de ulike nivåene .....	50
5.1.2 Leverer KSF i tråd med formålet? .....	50
5.1.3 Bidrar KSF til utjevning av forskjeller mellom kommuner? .....	52
5.1.4 Hva tilfører KSF i forhold til andre relaterte initiativer og/eller aktører? ...	53
5.1.5 Hvordan fungerer prosessene med utvikling av kommuneklyngene og KSF-regionene? .....	53
5.2 Problemstilling 2: Videreføring og videreutvikling .....	53
5.2.1 Hvordan utvide KSF til flere tjenesteområder eller sektorer? .....	54
5.2.2 Hva skal være klyngenes og motorkommunenes rolle? .....	55
5.2.3 Hva skal være det regionale nivåets rolle? .....	56
5.2.4 Hva skal være det nasjonale nivåets rolle? .....	57

5.2.5	Hvilke andre aktører bør delta i KSF?.....	58
5.2.6	Andre momenter og hensyn for den videre utvikling av KSF .....	59
5.2.7	Hvordan avpasse hensynene til felles modell versus lokale behov? .....	59
5.2.8	Hvordan kan KSF bidra til utvikling av praksisnær utdanning? .....	60
5.3	Anbefalinger.....	60
LITTERATUR.....		61



# Sammendrag og konklusjoner

## Resymé

*På oppdrag fra KS har Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Agenda Kaupang evaluert pilotering av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Fra rundt årsskiftet 2020–2021 har KS pilotert KSF gjennom KSF Vest-piloten på Vestlandet og i KSF-pilot Midt i Trøndelag.*

*Det foreligger foreløpig kun begrensede konkrete resultater. Det viktigste er flere kunnskapsprodukter i form av omtaler og mini-metodevurderinger. Men vi anser at det at man flere steder har fått etablert ulike former for samarbeidskonstellasjoner er et viktig tidlig resultat av pilotene og tilhørende aktiviteter.*

*Vi anbefaler at det utarbeides en strategi eller plan for videre utvikling av KSF. Det bør legges opp til høy grad av fleksibilitet og handlingsrom for at kommunene kan finne egne løsninger for organisering som er tilpasset lokale forhold og preferanser.*

## Bakgrunn

*Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ble anbefalt etablert som et kunnskapsløft for kommunenes helse- og omsorgstjenester av en arbeidsgruppe nedsatt av HelseOmsorg21-rådet. I etterkant har KS fulgt opp dette ved å videreutvikle KSF-konseptet og ved å initiere og finansiere pilotering av KSF.*

*I henhold til dette videreutviklede konseptet er formålet med KSF å bidra til et nasjonalt kunnskapsløft i kommunale tjenester som skal bidra til å utvikle kommunenes rolle som initiativtaker til, formidler og bruker av forskning. Fra rundt årsskiftet 2020–2021 har KSF blitt pilotert i KSF Vest-piloten i Rogaland og Vestland og fra 2022 i KSF-pilot Midt i Trøndelag.*

*Vi har evaluert denne piloteringen på oppdrag fra KS, som også er initiativtaker og organisator av KSF. Vi har utført oppdraget som en underveisevaluering, med formål å kunne gi anbefalinger om en mulig opptrapping av KSF som et nasjonalt kunnskapsystem for kommunene.*

*KS har hatt en viktig pådriverrolle ut fra sitt mandat som utviklingspartner for kommunene og som interessepolitisk aktør opp mot nasjonale myndigheter. På nasjonalt nivå har KS etablert et utvalg hvor det har vært begrensede aktiviteter i pilotperioden. På regionalt nivå har Bergen kommune ivarettatt sekretariatsfunksjonen for KSF Vest-piloten. Videre har vi sett hen til initiativer og aktiviteter som har overlappet med eller blitt utført med utgangspunkt i KSF, blant annet i Møre og Romsdal, Lofoten, i Agder samt i Bodø og Oppdal kommuner.*

*KSF Vest-piloten består av fire kommuneklynger, hver med sin motorkommune i en leder- og koordineringsfunksjon: Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest med Bergen som motorkommune, Klyngesamarbeid for forskning innen helse og omsorg i Sør-Rogaland med Stavanger som motorkommune, FoU-enhet for samhandling (FOUSAM) i Fonna helseregion med Karmøy som motorkommune, og Helse- og omsorgsutvalet i gamle Sogn og Fjordane fylke, hvor Sunnfjord kommune har en mer avgrenset koordinerende rolle.*

*KSF-pilot Midt er på et langt tidligere stadium, og et regionalt ledd er ennå ikke etablert. Trondheim kommune har her en regional pådriverrolle, basert på mulighetene for å bygge videre på samarbeidet som Trondheim har med NTNU gjennom Universitetskommunesamarbeidet TRD 3.0.*

## Problemstilling

Prosjektet har tatt utgangspunkt i to hovedproblemstillinger:

- 1) Hva er sentrale erfaringer og resultater fra piloteringen av KSF?
- 2) Hva bør videreføres, justeres eller avvikes i videreutvikling og mulig opptrapping av KSF nasjonalt?

Underproblemstillinger har dreid seg om pilotene leverer i henhold til formålet, om sammensetning av samarbeidsorganer og samarbeidet innad i og mellom dem, om KSF bidrar til utjevning mellom kommuner, og hvordan utvikling og etablering av nye kommuneklynger og regionale organer har fungert.

Videre har vi undersøkt hvordan KSF kan utvides til flere kommunale tjenesteområder enn kun helse og omsorg, og hva som er en hensiktsmessig organisering videre framover, på nasjonalt, regionalt og på klyngenivå, og hvordan balansere behov for felles føringer med behov for lokale tilpasninger. Vi har også undersøkt hvilke andre aktører som bør involveres, herunder UH-institusjoner og instituttsektor, samt om KSF kan bidra til utvikling av relevant og praksisnært utdanningstilbud i universitets- og høyskolesektoren.

KS har hatt en sentral rolle som initiativtaker, finansieringskilde og pådriver for KSF. Ut fra problemstillingene er denne rollen ikke en del av vår evaluering, men KS' viktige innsats ut fra mandatet som interessepolitisk aktør og utviklingspartner for kommunene er omtalt i rapportens bakgrunnsdel.

## Konklusjoner

I og med at det er såpass kort tid siden pilotene ble etablert, er det sparsomt med empirisk grunnlag for å vurdere hvorvidt KSF leverer i tråd med formålet. Mye av det følgende er derfor basert på informantenes vurderinger slik de framkom i intervjuene.

Det viktigste resultatet av KSF Vest-piloten og det forberedende arbeidet som ble nedlagt i de andre regionene, er at flere kommuner har etablert og utviklet kapasiteter og samarbeidsstrukturer med tanke på å bruke forskningsbasert kunnskap i tjenesteutviklingen. Vårt inntrykk er at det samarbeides godt i disse strukturene, og at det ikke knytter seg utfordringer til selve samarbeidet.

I første rekke er det den vitenskapelige produksjonen fra samarbeidet med Folkehelseinstituttet om kunnskapsoppsummeringer med tilhørende kunnskapsstøtte i *KSF Vest-piloten* som representerer hovedtyngden av de direkte resultatene av pilotprosjektet. Viktige erfaringer herfra er at utarbeidelse av kunnskapsoppsummeringer har begrenset verdi i seg selv dersom de ikke inngår i et kunnskapsstøttesystem som omfatter både bestillinger og implementeringsstøtte.

Implementering av forskningsbasert kunnskap skjer primært i form av tjenesteinnovasjon i kommunene. Men en viktig lærdom fra Bodø kommune er at innovasjon kan skje med eller uten bruk av egenprodusert forskningsbasert kunnskap – forstått som kunnskap fra egne forskningsaktiviteter.

Det finnes forskningsmidler tilgjengelig, men det mangler finansiering av stillinger til personer med kompetanse som kan søke disse midlene – eller som kan etablere partnerskap med forskere som kan søke.

KSF kan ha en utjevneffekt mellom kommuner forstått som heving av «minstnivået» av kommunenes forskningskapabiliteter – noe vi mener å ha observert tendenser til. En stor utfordring er at små kommuner har vanskelig for å prioritere ned driftsoppgaver til fordel for forskning, og at de ikke uten videre ser verdien av forskning for å løse driftsutfordringer. Motorkommunene ser ut til å ha en sentral rolle i å bidra til utjevning innenfor klyngene.

Samlet er vår vurdering at KSF fyller et behov og ivaretar oppgaver som per i dag ikke dekkes av andre aktørers mandater og oppdrag. Det er ingen andre aktører som i dag på tilsvarende vis kan bidra til å mobilisere småkommuner til å drive forskning og utvik-

ling. Selv om noen kommuneklynger og ansatser til klynger kan oppstå på lokale initiativer, så er det trolig ingen andre aktører i dag som kan drive landsdekkende mobiliseringsarbeid slik som KSF har ambisjoner om å gjøre. Foruten KS er det ingen aktører som i dag later til å kunne fylle rollen som kommunenes talerør overfor nasjonale myndigheter – med basis i lokale, konkrete erfaringer med FoU-aktiviteter i kommunene.

Vårt datamateriale tyder på de fleste aktørene, og særlig kommunene, er i en tidlig fase i å reflektere over kommunenes rolle i forskning. Vi finner få tegn på at KSF-piloten så langt har bidratt til en omforent forståelse av hva KSF skal være. Vi finner at det er få spørsmål om kommunenes rolle i forskning som virker å være «landet», og at det blant aktører og informanter er ulike oppfatninger om mange spørsmål, inklusive hva som er kommunenes behov for forskningsbasert kunnskap. Heller ikke terminologien som benyttes, framstår for oss som tilstrekkelig konsistent og gjennomarbeidet.

Aktørene som er involvert i KSF bør fortsette å arbeide for å skape oppmerksomhet om tema, mobilisere kommuner og synliggjøre verdien av forskning og kunnskapsbasert tjenesteutvikling i kommunene. Et slikt forankringsarbeid kan gjøres ved at man utvikler en felles strategi eller plan for videreutvikling med bred involvering fra kommunenes side. Det er også en mulighet å etablere et følgeforskningsprosjekt for å dokumentere utvikling og resultater.

En framtidig KSF-struktur bør i utgangspunktet tillate eksperimentering med organisering som avviker fra den «modellen» som så langt har foreligget. Vi anbefaler at KSF-strukturen utformes med høy grad av fleksibilitet, slik at den tillater «opportunistisk» organisering nedenfra.

For eksempel, det må være opp til de enkelte kommuneklynger å avgjøre hvorvidt og i så fall hvordan de vil initiere FoU-aktiviteter på andre tjenesteområder og sektorer enn helse. Samtidig virker det hensiktsmessig at de strukturene som etableres på nasjonalt og regionalt nivå er tilpasset det faktum at kunnskapsløftet for kommunene inntil videre primært har et helse- og omsorgsfokus, da erfaringene så langt tyder på at det er her det enklest å få på plass samarbeidsstrukturer. Dette skal ikke forstås dithen at ambisjonen om et generisk kunnskapssystem på tvers av tjenesteområder burde oppgis. Det er kun en vurdering i retning av å hensynta faktiske, lokale realiteter når man utformer strukturene på høyere nivåer.

Motorkommunerollen er essensiell. Små kommuner er avhengige av deltakelse i klyngeorganisering eller andre former for samarbeid med kommuner som har kapasitet til å «dra lasset». Ut fra materialet vårt er det imidlertid ikke mulig å si noe særlig mer konkret om hvilke egenskaper en motorkommune bør ha – utover at den bør ha en viss størrelse. Ideelt sett bør en kommune ha en portefølje av FoU-aktiviteter for å bli regnet som «motorkommune-kandidat», men vi vurderer det slik at man per i dag ikke bør stille det som et krav. Det er grunn til å anta at nye «motorkommune-kandidater» vil trenge tilskuddsmidler som «såkorn» i en oppstartsfasen.

KSF-arbeidet i kommunen bør forankres politisk i egen strategi eller i planverket. Det må også forankres i administrasjonen og i de enkelte virksomhetene. Andre suksessfaktorer er bred forankring av implementeringsarbeidet, siden det kreves både vilje og kompetanse for å endre og utvikle tjenestetilbudet.

Kommuneklyngene vil i overveiende grad måtte organiseres «nedenfra» – det vil si at hver klynge organiseres ut fra preferansene til deltakerkommunene. Lokale tilpasninger er viktig. I realiteten vil trolig motorkommunens syn veie tungt. Uansett bør det være flere alternative *modeller* eller *oppskrifter* for organisering av klynger som det regionale (og eventuelt det nasjonale) leddet bør anbefale overfor kommunene i mobiliseringsarbeidet – basert på de erfaringer som etter hvert gjøres. Man bør da også ta høyde for at det ikke er gitt at alle *modeller* vil fungere i alle regioner.

Det regionale nivået vil ha en svært viktig oppgave i å etablere nye klynger, særlig i områder der det i utgangspunktet ikke er mulig å identifisere opplagte motorkommune-

kandidater. Fylkeskommunene er en særlig viktig aktør som bør involveres på regionalt nivå.

Vi vurderer at det er behov for et nasjonalt ledd som ivaretar helheten i KSF som et kunnskapsløft for norske kommuner, og som kan drive strategisk interessepolitisk arbeid opp mot andre nasjonale aktører i forskningssystemet.

Vi anser at virkningen av den eksisterende bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 om forskning i kommunenes helse- og omsorgstjenester bør vurderes før man vurderer å utvide kommunenes lovpålagte forpliktelser innenfor forskning.

Vi har ikke kunnet konkludere i spørsmålet om KSF kan bidra til utvikling av relevant og praksisnært utdanningstilbud i universitets- og høyskolesektoren.

## **Anbefalinger**

Ut fra dette kan vi framsette følgende anbefalinger:

Vi anbefaler at det utarbeides en strategi eller plan for videreutvikling av et kunnskapsløft for norske kommuner. Heri kan inngå en mulighetsstudie med en kartlegging av aktuelle «motorkommune-kandidater» og eksisterende samarbeidskonstellasjoner som kan inkorporere FoU-samarbeid. KS' pådriverrolle i det videre arbeidet bør bli beskrevet.

Terminologien knyttet til KSF bør gjennomgå kritisk og vurderes spesielt med tanke på god kommunikasjon i den videre utviklings- og mobiliseringsinnsatsen.

Det nasjonale KSF-nivået bør ha som en viktig oppgave å bidra til at KS har en stemme inn mot nasjonale myndigheter, og som kan være en aktør som nasjonale myndigheter som departementer og Forskningsrådet kan henvende seg til for dialog om større nasjonale FoU-prosesser.

Det regionale leddet bør styrkes og utvikles med tanke på å ha som oppgave å mobilisere kommuner inn i nye klyngedannelser.

Vi anbefaler at KSF-strukturen utformes med høy grad av fleksibilitet, slik at den tillater «opportunistisk» organisering nedenfra med høy grad av lokale tilpasninger. Både regioninndeling og struktur for øvrig bør være dynamisk, ved at den endres i takt med at nye kommuneklynger kommer til. Samtidig er forutsigbarhet nødvendig i det videre utviklingsarbeidet.

Der hvor det finnes eksisterende egnede samarbeidsstrukturer, bør disse benyttes i etablering av nye kommuneklynger og regioner.

Vi anbefaler at det avsettes såkorn-finansiering til etablering og oppstart av nye klynger.

# Executive summary

## Abstract

On behalf of KS (the Norwegian Association of Local and Regional Authorities), Proba Research, in collaboration with Agenda Kaupang, has evaluated the pilot implementation of the Municipalities' Strategic Research Organization (KSF). Since the turn of 2020–2021, KSF has been piloted in the *KSF West pilot* in the west of Norway and the *KSF pilot in Midt* in the Trøndelag region. Currently, there are only limited tangible results, primarily in the form of research reviews and so-called *mini health technology assessments*. However, the establishment of various forms of collaboration configurations in several locations is considered a significant early outcome of the pilots and related activities.

## Background

The Municipalities' Strategic Research Organization (KSF) was recommended to be established as a knowledge initiative for municipal health and care services in the *Helse-Omsorg21* strategy. Subsequently, the KS (Norwegian Association of Local and Regional Authorities) has followed up on this recommendation by further developing the KSF concept and by initiating and funding the piloting of KSF.

According to its present concept, the purpose of KSF is to contribute to a national knowledge initiative in municipal services, aiming to develop the municipalities' role as initiators, brokers, and users of research. From around the turn of 2020–2021, KSF has been piloted in the KSF West pilot in Rogaland and Vestland counties, and from 2022 in the KSF pilot in Midt (Mid-Norway) in Trøndelag county.

We have evaluated this pilot project on behalf of KS, which is also the initiator and organizer of the KSF pilots. We have carried out the assignment as a mid-term evaluation, with the aim of providing recommendations for a possible roll-out of KSF as a national knowledge system for municipalities.

KS has played a crucial role as development partner for the municipalities and as a stakeholder organization working to influence on national authorities. On the national level, there have been some limited activities during the pilot period. On the regional level a secretariat function for the *KSF West pilot* was established in Bergen municipality. Initiatives and activities in the *Møre og Romsdal* region, the *Lofoten* region, the *Agder* region, as well as in Bodø and Oppdal municipalities, were also considered in this evaluation.

The *KSF West pilot* consists of four clusters, each with an “engine municipality” performing leading and coordinating functions: *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* with the city of Bergen as the “engine municipality”, *Klyngesamarbeid for forskning innen helse og omsorg i Sør-Rogaland* with the city of Stavanger as the “engine municipality”, *FoU-enhet for samhandling (FOUSAM)* in Fonna health region with Karmøy as the “engine municipality”, and *Helse- og omsorgsutvalet* in the previously existing *Sogn og Fjordane* county, where Sunnfjord municipality has a coordinating role.

The KSF Midt pilot is at an earlier stage, aiming to build on activities in Trondheim municipality related to the *University Municipality Cooperation TRD 3.0*.

## Problem statement and research questions

This evaluation project addresses two main questions:

- 1) What are the main experiences and results from the pilot implementation of KSF?
- 2) What should be continued, adjusted, or discontinued in the further development and possible scaling up of KSF nationally?

Sub-issues include whether the pilots deliver according to their purpose, the composition of collaboration bodies, collaboration within and between them, whether KSF contributes

to equity between municipalities, and how the development and establishment of new municipal clusters and regional bodies have functioned.

Furthermore, the expansion of KSF to cover more municipal service areas than just health and care is examined, along with the appropriate organization at the national, regional, and cluster levels. The balance between the need for common guidelines and local adaptations is also explored. Additionally, the involvement of other actors and whether KSF can contribute to the development of relevant and practice-oriented education in the university and college sector are investigated.

KS has played a key role as initiator, funder and main stakeholder for KSF. According to the problem statement and research questions this role is not within the scope of our evaluation, but KS' important efforts in line with its mandate as a representative for Norwegian local authorities and development partner is described in the background chapter of this report.

## Conclusions

Given that it has been a relatively short time since the pilots were established, there is limited empirical basis to assess whether KSF is delivering in line with its purpose. Much of the following, therefore, is based on the information and opinions provided by the informants in the interviews.

The most significant outcome of the *KSF West pilot* and the preparatory work undertaken in other regions is that several municipalities have established and developed capacities and collaboration structures with the aim of utilizing research-based knowledge in service development. Our impression is that there is effective collaboration within these structures, and there do not appear to be challenges associated with the collaboration itself.

Scientific production, particularly the collaboration with the Norwegian Institute of Public Health regarding research reviews with accompanying knowledge support in the *KSF West pilot*, represents the main tangible results of the pilot project. Important lessons include that reviews as such have limited value unless they are part of a knowledge support system that includes both assignment of reviews and implementation support.

The implementation of research-based knowledge primarily occurs through service innovation in municipalities. However, an important lesson from Bodø municipality is that innovation can occur with or without the use of self-initiated research-based knowledge.

Research funds are available, but there is a lack of funding for positions for individuals with the competence to apply for these funds or to establish partnerships with researchers who can apply. KSF may have an equalizing effect between municipalities, in the sense of "engine municipalities" contributing to raising the "minimum level" of smaller municipalities' research collaboration capabilities.

A significant challenge is that smaller municipalities find it difficult to prioritize research over operational tasks and may not immediately see the value of research in addressing operational challenges. The leading municipalities seem to play a central role in contributing to equalization within the clusters.

Overall, the assessment is that KSF fulfills a need, and that it performs tasks that are currently not covered by other actors' mandates and missions. There are no other actors that can mobilize small municipalities for research and development on a nationwide scale as KSF aims to do. Furthermore, there are no other actors that appear capable of fulfilling the role as the municipalities' voice towards national authorities based on local, concrete experiences with research and development activities in municipalities.

The data suggest that most actors, especially municipalities, are in an early phase of reflecting on municipalities' roles in research. There are few signs that the KSF pilot has so far resulted in achieving any high degree of consensus on what KSF should be. There are few settled questions about municipalities' roles in research, and there are varying opinions among the stakeholders on many issues, including to what degree the municipi-

palities need research-based knowledge. Not even the terminology used appears to be sufficiently consistent and well-developed.

Actors involved in KSF should continue working to raise awareness of the topic, mobilize municipalities, and highlight the value of research and knowledge-based service development in municipalities. Such stakeholder mobilization can be done by developing a common strategy or plan for further development with broad involvement from municipalities. Another option is to establish a follow-up research project to document development and results.

A future KSF structure should allow for experimentation with organization that deviates from the "models" that have existed so far. It is recommended that the KSF structure be designed with a high degree of flexibility, allowing for "opportunistic" organization from the bottom up. For example, it should be up to each municipal cluster to decide whether and how they will initiate research and development activities in areas other than health. At the same time, it seems appropriate for the structures established at the national and regional levels to be adapted to the fact that the knowledge initiative for municipalities primarily focuses on health and care for the time being, as experiences so far indicate that it is easiest to establish collaboration structures in this area. This is not to say that the ambition of creating generic cross-sectoral knowledge systems should be abandoned, however. It is just a matter of taking local realities into account when creating higher level structures.

The role of the aforementioned *engine municipality* is essential. Small municipalities depend on participation in cluster organization or other forms of collaboration with municipalities that have the capacity to "pull the weight." Based on our material, it is not possible to provide much more concrete information about the characteristics that an *engine municipality* should have, beyond having a certain size. Ideally, any given municipality should have a pre-existing portfolio of research and development activities in order to be considered an "engine municipality candidate," but we assess that it should not be a requirement at this time. There is reason to believe that new "engine municipality candidates" will need grant funding as seed capital in a startup phase.

The work of KSF in the municipality should be politically anchored in strategies or in the planning framework. It must also be anchored in the administration and in the operative units. Other success factors include broad anchoring of implementation work, as both the will and competence are required to change and develop the services provided.

Municipal clusters will largely have to be organized "bottom up" – that is, each cluster is organized based on the needs and preferences of participating municipalities. Local adaptations are important. In reality, the viewpoints of the leading municipality will likely carry significant weight.

In any case, there should be several alternative models or "recipes" for organizing clusters that the regional (and possibly the national) level should recommend to municipalities in mobilization efforts – based on the experiences that are gradually gained. One should also take into account that it is not given that any given model will work in all regions.

The regional level will have a very important task in establishing new clusters, especially in areas where it is initially not possible to identify obvious "engine municipality candidates". The county authorities are particularly important actors that should be involved at the regional level.

We assess that there is a need for a national level that takes care of the overall KSF as a knowledge initiative for Norwegian municipalities and that can conduct strategic advocacy work towards other national research system stakeholders.

We consider that the impact of the existing provision in the Health and Care Services Act § 8-3 on research in municipalities' health and care services should be assessed before considering expanding municipalities' statutory obligations within research.

We have not been able to conclude on whether KSF can contribute to the development of relevant and practice-oriented education curricula in higher education institutions.

### **Recommendations**

Based on this, we make the following recommendations:

A strategy or plan for further development of a knowledge initiative for Norwegian municipalities should be developed. This may include a feasibility study including identification of relevant "engine municipality candidates" and existing collaboration configurations that can incorporate research and development collaboration. A description of KS as an instigator and stakeholder in future efforts should also be included. The terminology associated with KSF should be critically reviewed and specifically considered for effective communication in the further development and mobilization efforts.

The national level of KSF should have the important task of contributing to KS having a voice towards national authorities, and it should be an actor that national stakeholders such as ministries and the Research Council can approach for dialogue on larger national research and development processes.

The regional level should be strengthened and developed with the aim of mobilizing municipalities into forming new cluster formations.

The KSF structure should be designed with a high degree of flexibility, allowing for "opportunistic" organization from the bottom up with a high degree of local adaptations. Both regional divisions and other structures should be dynamic, changing as new municipal clusters emerge. At the same time, predictability is necessary in the further development work.

Where there are existing suitable collaboration structures, these should be used in the establishment of new municipal clusters and regions.

Seed funding should be allocated for the establishment and initiation of new clusters.



# 1 Innledning

På oppdrag fra KS har Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Agenda Kaupang evaluert piloteringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). KSF er en modell for et nasjonalt kunnskapsløft i kommunale tjenester som skal bidra til å utvikle kommunenes rolle som initiativtaker til, formidler og bruker av forskning. Vi har utført oppdraget som en underveisevaluering, hvor vi til slutt gir anbefalinger om en mulig opptrapping av KSF som et nasjonalt kunnskapssystem for kommunene.

## 1.1 Bakgrunn

Kunnskapsbasert innovasjon og utvikling av offentlig sektor er sett på som avgjørende for å utvikle et bærekraftig velferdssamfunn, herunder utvikling av helse- og omsorgstjenester med fokus på kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og effektivitet (HelseOmsorg21, 2014). Samtidig er det kommunale tjenestetilbudet under flere former for press – for eksempel vil demografiutviklingen øke etterspørselen etter helsepersonell samtidig som den stopper personellveksten. Og ny teknologi representerer både nye muligheter og utfordringer innenfor diagnostisering, behandling og rehabilitering samt for kommunikasjon og samhandling og for administrasjon, rapportering og overvåking av tjenestene (NOU 2023: 4).

Mer generelt står kommunene overfor store samfunnsutfordringer – klimaendringer, større krav til samfunnssikkerhet og beredskap og press på demokratiet – som må løses lokalt eller i samhandling med andre aktører, noe som fordrer at alle norske kommunene har interne utviklingskapasiteter. Men norske kommuner er primært driftsorganisasjoner. Særlig små kommuner særpreges av liten kapasitet til utviklingsoppgaver (NOU 2023: 9).

En viktig utfordring er at kommunene i for liten grad tar forskningsresultater i bruk (BU21, 2020a, 2020b). Resultatene fra en NIFU-rapport (Wiig m.fl., 2020) tyder på at en rekke faktorer legger begrensninger på FoU-aktivitet i kommunene.<sup>1</sup> Både ledelsesforankring, samarbeidet med forskningsinstitusjoner, interesserte medarbeidere og økonomiske ressurser, rapporteres å ha stor betydning for FoU-aktiviteten. Utvikling av et kunnskaps-system i kommunene vil derfor kreve et systematisk og langsiktig arbeid samt samordning mellom sektorer, aktører og interessenter.

Det er også et sterkt misforhold mellom fordelingen av helsekroner og forskningsmidler på henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Mens primærhelsetjenesten legger beslag på halvparten av helseutgiftene i Norge, er kun ti prosent av forskningsmidlene innen helse innrettet mot denne sektoren (KSF, 2019).

I sammenheng med økt oppmerksomhet om kunnskapsutvikling i kommunal sektor har flere kommuner etablert egne satsinger for samarbeid med forsknings- og utdanningssektoren. Ifølge NIFU-rapporten (Wiig m.fl., 2020) rapporterte 70 prosent av kommunene at de hadde et formelt samarbeid med et FoU-miljø knyttet til helse- omsorgstjenester – men mye av dette er trolig knyttet primært til praksisplasser og utdanningstilbud. Om lag én av tre av kommunene rapporterte at de var vertskommune for samarbeid med institusjoner i UH-sektoren.

*Universitetskommunen Trondheim 3.0<sup>2</sup> og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest,<sup>3</sup> hvor Bergen kommune var initiativtaker, er eksempler på satsinger hvor kommunen i*

---

<sup>1</sup> FoU: Forsknings- og utvikling. Vi forstår uttrykket slik at «utvikling» omfatter innovasjon.

<sup>2</sup> Universitetskommunen Trondheim. Hentet 14. november 2023 fra <https://www.trondheim.kommune.no/trd3/>.

<sup>3</sup> Om Kunnskapskommunen. Hentet 14. november 2023 fra <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/kunnskapskommunen/om-kunnskapskommunen>.

samarbeid med universitets- og forskningsmiljøer jobber for å styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte tjenester og innovasjon. I *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* har arbeidet vært avgrenset til helse- og omsorgstjenestene, mens *Universitetskommunesamarbeidet TRD 3.0* har inkludert alle kommunale tjenesteområder. Utover disse er det flere andre større kommuner som har samarbeidsrelasjoner med UH-institusjoner, blant annet i Drammen, Skien, Oslo, Bærum, Kristiansand – og trolig flere andre som vi ikke kjenner til.

Videre er det etablert to andre sentrale strukturer for samarbeid mellom kommuner og forskningsmiljøer relatert til helse og omsorg, henholdsvis *Senter for omsorgsforskning* ved NTNU<sup>4</sup> og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).<sup>5</sup> Begge skal blant annet styrke kunnskapsutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Et spørsmål er imidlertid i hvilken grad disse strukturene er innrettet på en slik måte at de klarer å ivareta kommunenes egne forskningsinteresser og kunnskapsbehov (se nærmere omtale i punkt 2.1 og 2.2).

Resultatene fra Wiig m.fl. (2020) kan tyde på at satsingen på forskning relatert til kommunen helse- og omsorgstjenesten gjennom de siste 15 årene har gitt resultater. Forfatterne finner at det har vært en markant økning i forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Antall vitenskapelige artikler har økt med mer enn 60 prosent i perioden 2011–2019, noe som er vesentlig høyere enn økningen i det generelle publiseringsvolumet.

### Historisk bakteppe

Et kunnskapsløft for kommunal sektor var en av fem hovedprioriteringer i HelseOmsorg21-strategien (HelseOmsorg21, 2014). Kommunenes hovedoppgaver har tradisjonelt ikke omfattet egen forsknings- og utviklingsvirksomhet – kanskje med unntak av de store bykommunene. Det er i hovedsak universitets- og høyskolesektoren (UH-sektoren) og instituttsektoren som har gjennomført kunnskaps- og forskningsprosjekter som har relevans for de kommunale tjenestene. KSF er en satsing med formål om å bygge opp et kunnskapssystem som bidrar til kunnskapsbaserte beslutninger og praksiser i alle norske kommuner. KSF er en satsing med formål om å bygge opp et kunnskapssystem som bidrar til kunnskapsbaserte beslutninger og praksiser i alle norske kommuner, og har vært pilotert i region Vest siden rundt årsskiftet 2020–2021 og i Midt siden 2022. KS har vært initiativtaker, finansieringskilde og pådriver for KSF, noe som beskrives nærmere nedenfor.

KSF-konseptet ble utviklet for å følge opp satsingsområdet *Kunnskapsløft for kommunene* i HelseOmsorg21-strategien. Det ble nedsatt en egen gruppe som utredet «regionale samarbeidsorganer for forskning, innovasjon og utdanning» i det som vi i det følgende vil omtale som KSF-rapporten (KSF, 2019). Arbeidsgruppas mandat var knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. KS' konsept for utvikling av KSF har imidlertid blitt utvidet til i prinsippet å omfatte alle kommunale tjenesteområder.

Bakgrunnen for behovet om en styrket forskningsinnsats med utgangspunkt i kommunene, var at både HelseOmsorg21 (HelseOmsorg21, 2014) og arbeidsgruppa for KSF fant at forskningen på kommunale helse- og omsorgstjenester i liten grad bygger på kommunenes kunnskapsbehov. En viktig forklaring på dette er at forskningen på kommunale tjenester i stor grad er drevet av aktører i UH- og instituttsektoren, uten et tilstrekkelig samarbeid med kommunene.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Hentet 14. november 2023 fra <https://www.ntnu.no/omsorgsforskning>.

<sup>5</sup> Hentet 14. november 2023 fra <https://www.utviklingssenter.no/>.

<sup>6</sup> *Vi vil ikke forskes på — vi vil være med*. Kristin Weidemann Wieland, Direktør for forskning, innovasjon og digitalisering i KS, i Khrono, 1. juni 2023. URL: <https://khrono.no/vi-vil-ikke-forskes-pa-vi-vil-vaere-med/785416>.

HelseOmsorg21-strategien (2014) og arbeidsgruppa for KSF (KSF, 2019) påpekte at de sentrale rammebetingelsene for at kommunene tar en aktiv rolle i forskning og kunnskapsutvikling er svak. I helse- og omsorgstjenesteloven heter det at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (§ 8-3), og forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler som skal omfatte forskning, utdanning, praksis og læretid. Forpliktelsene i lovverket bør allikevel forstås som forholdsvis svake, da verken lovverk eller forarbeider konkretiserer hvilke tiltak eller aktiviteter som skal gjennomføres. Vi er ikke kjent med at andre kommunale sektorer er tilsvarende regulert når det gjelder kommunens plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning og samarbeide med andre aktører.

Det ble også påpekt at finansiering knyttet til FoU-virksomhet til helse- og omsorgstjenester er beskjeden, sett i forhold til ressursene som går til sektoren. Finansieringen som kommunen selv forvalter, er svært begrenset (KSF, 2019). NIFU og Agenda Kaupang finner i sin rapport om forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester (Wiig m.fl., 2020), at ni av ti kommuner rapporterer at de ikke har egne FoU-enheter. Dette kan være en forklaring på at de også finner at kommunene ser ulikt på mulighet til å videreutvikle forskningsaktivitetene sine.

På tross av at rammebetingelsene for forsknings- og utviklingsarbeid i kommunene er begrenset, peker KSF-rapporten på at kommunene likevel kan tilrettelegge for og samarbeide om forskning, samt definere behov (KSF, 2019). KSF-modellen som ble presentert her, legger ikke opp til at kommunene selv skal *drive* forskningen, men at kommunene i samarbeid med forskningssektoren kan øke relevansen og nytten av forskning for, og på, kommunale tjenester. Likevel er det enkelte av kommunene som omtales i denne rapporten som har intern forskningskompetanse – for eksempel Bergen, Trondheim, Stavanger, Vestvågøy og Kristiansand.

### **KS som utviklingspartner for kommunene og som interessepolitisk aktør**

KS har tre hovedroller overfor kommunene og fylkeskommunene; som arbeidsgiverorganisasjon, som interessepolitisk aktør og representant, og som utviklingspartner. I forbindelse med etablering av KSF-piloteringen er det særlig i de to sistnevnte at KS har inntatt en pådriverrolle.

Flere hovedstyrevedtak reflekterer utviklingspartnerrollen. I 2018 forslo hovedstyret at finansiering av et kunnskapsløft innen kommunale helse- og omsorgstjenester kunne deles mellom staten og kommunene.<sup>7</sup>

I 2019 konkretiserte hovedstyret utviklingspartnerrollen ved å fastslå at KS skulle påta seg rollen som pådriver i etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan. Videre besluttet hovedstyret å gi Kunnskapskommunesamarbeidet mellom Bergen og tilknyttede kommuner og kunnskapsinstitusjoner status som en pilot for mulig modell for regionalt samarbeidsorgan KSF i en toårig prøveperiode. Videre skulle KS vurdere tilsvarende piloter for utprøving av mulige modeller for regionale samarbeid i andre regioner.<sup>8</sup> Gjennom dette vedtaket samt påfølgende hovedstyrevedtak i 2021, 2022 og 2023 har KS bidratt med rundt åtte millioner kroner til pilotering av KSF.<sup>9</sup> Fra 2022 besluttet KS å rendyrke arbeidet i KSF-pilotene i KSF Vest og KSF Midt.

KS' pådriverrolle har blant annet bestått i å mobilisere til samarbeid lokalt og regionalt, jevnlig kontakt med kommuner og forskingsmiljøer utenfor KSF-piloten, koordinering av de regionale KSF-pilotene, og videreformidling av erfaringer og vurderinger fra KSF-piloten til nasjonale myndigheter – for eksempel om behov for virkemidler og andre rammebetingelser.

---

<sup>7</sup> *Saksprotokoll*. Sak 18/55 til hovedstyremøtet 17. desember 2018.

<sup>8</sup> *Saksprotokoll*. Sak 19/54 til hovedstyremøtet 20. september 2019.

<sup>9</sup> *Vedtaks sak*. Dokument nr. 22/00058-2 til hovedstyremøtet 31. januar 2022. *Vedtaks sak*. Dokument nr. 23/00932-1 til hovedstyremøtet 27. januar 2023.

KS' har utøvd pådriverrollen innenfor rammene av *Langtidsstrategi for KS 2020–2023* (KS, 2020), hvor ett av hovedpunktene er *Effektive, digitale og innovative kommuner og fylkeskommuner*, som i sin tur omfatter følgende to mål:

- KS er en pådriver for og sprer kunnskap om innovasjon, digitalisering og samskaping for å lage bærekraftige tjenester og inkluderende lokalsamfunn.
- KS er en pådriver for at forskning og kunnskapsutvikling i, for og med kommunesektoren styrkes betydelig, og at effekt av ny praksis dokumenteres og deles. (KS, 2020, s. 11)

KSF-piloten inngår som én av flere av KS' bredere, langsiktige strategiske FoU-satsinger. Blant de øvrige kan nevnes *Program for storbyrettet forskning, Partnerskap for radikal innovasjon og Krafttak for bærekraft*. Videre har KS i rollen som utviklingspartner arbeidet med samstyingsstruktur på digitaliseringsområdet, nye arbeids- og organisasjonsformer i kommunenes helse- og omsorgstjenester (*Tørn*), en e-helse-satsing og andre nettverk og samordningsstrukturer på både helseområdet og andre fagområder.

Fra rundt årsskiftet 2020–2021 har gjennomført en pilotering av KSF i det som vi i denne rapporten kaller region Vest og region Midt. Piloten i Region Midt ble opprettet i 2022. Det er primært denne piloteringen som er gjenstand for evaluering her. Sentrale elementer i modellen er et *regionalt samarbeidsorgan* i hver region som koordinerer *kommuneklynger*, som i sin tur ledes av en *motorkommune*. Vi beskriver dette i mer detalj nedenfor.

På tre viktige punkter har KS fraveket forslagene til struktur som ble framsatt av arbeidsgruppa i KSF-rapporten (KSF, 2019). For det første; mens KSF-rapporten skisserte et kunnskapsløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, arbeider KS for at KSF på lengre sikt skal utvikles til en «generisk» struktur som omfatter alle kommunale tjenesteområder. Denne endringen mot en bredere innretning er ut fra erkjennelsen i kommunesektoren av at framtidig kompleks oppgaveløsning fordrer samarbeid og innsats på tvers av tjenesteområdene.

For det andre; mens KSF-rapporten foreslo at det skulle være fire regionale samarbeidsorganer sammenfallende med nedslagsområdene for de fire statlig regionale helseforetakene, ser KS for seg at KSF utvikles videre framover ut fra en inndeling med flere regioner.

Det tredje punktet er at mens KSF-rapporten skisserte at KSF skulle være en forvalter av forskningsmidler for kommunesektoren, har man i utviklingen av KSF i stedet vektlagt at KSF skal bidra til bedre utnyttelse av eksisterende forsknings- og innovasjons-virkemidler.

Parallelt med denne innsatsen som utviklingspartner har KS sentralt nedlagt systematisk og målrettet interessepolitisk innsats overfor nasjonale myndigheter – særlig Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet – med et hovedmål å få gjennomslag for statlig delfinansiering av KSF og bevilgninger til forskning og innovasjon rettet mot kommunene. Allerede i KSF-rapporten (KSF, 2019) ble det lagt til grunn at kunnskapsløftet i kommunene må finansieres ved et «spleiselag» mellom stat og kommune.

I statsbudsjettet for 2024 er det foreslått en bevilgning på fem millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet (Prop. 1 S, 2023–2024, HOD) og ytterligere fem millioner kroner fra Kunnskapsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet angir at en viktig rolle for KSF vil være å samarbeide med Forskningsrådet om å utforme utlysninger av forskningsmidler og stimulere relevante forskningsaktører til å søke (Prop. 1 S, 2023–2024, HOD).

I tillegg til dette foreslår Kunnskapsdepartementet å bevilge 103,7 millioner kroner til en ordning i Forskningsrådet for å finansiere FoU-prosjekter som er forankret i behovene til kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne ordningen settes i direkte sammenheng med KSF, med en målsetning om et nasjonalt kunnskapsløft i sektoren (Prop. 1 S, 2023–2024, KD).

Det interessepolitiske arbeidet har også omfattet å fremme kommunesektorens behov og plass i forskningssystemet, senest i forbindelse med Kunnskapsdepartementets arbeid med ny stortingsmelding om dette tema. Dette skjer gjennom jevnlig dialog med departementer og direktorater med formål å styrke rammebetingelsene for forskning og innovasjon i kommunal sektor samt gjennom innspill i høringer og andre arenaer. Nylige, aktuelle saker i så måte er Forskningsrådets fremtidige rolle og funksjon, utvikling av Sentre for forskningsdrevet innovasjon, regjeringens strategi for FoU i næringslivet, og ny agenda for EUs forskningspolitikk. KS har dessuten inngått en strategisk samarbeidsavtale med Forskningsrådet.

Det historiske bakteppet, KS' pådriverrolle som utviklingspartner og interessepolitisk aktør samt organisasjonens innsats med å initiere KSF-piloteringen er viktig bakgrunn for det som beskrives og vurderes i vår evaluering av KSF-pilotene i de følgende kapitlene i denne rapporten.

## 1.2 Problemstillinger og oppdragsforståelse

Evalueringen har blitt gjennomført med utgangspunkt i to hovedproblemstillinger med tilhørende underspørsmål. Nedenfor redegjør vi for hvordan disse har blitt forstått og operasjonalisert i prosjektet.

### **Problemstilling 1: Hva er sentrale erfaringer og resultater fra piloteringen av KSF?**

Herunder skal følgende spørsmål besvares og/eller belyses:

- Hvordan fungerer sammensetningen og samarbeidet i kommuneklyngene, regionene og mellom regionene i KSF-strukturen?
- Leverer KSF i tråd med formålet?
- Hva kan KSF tilføre kommunenes kunnskapsarbeid til forskjell fra andre relaterte initiativer/aktører?
- bidrar KSF til å utjevne forskjeller mellom kommuner når det gjelder ressurser, erfaring og kompetanse om forskning og innovasjon?
- Hvordan fungerer prosessen med utvikling av kommuneklyngene og KSF-regionene, herunder forankringsarbeid og rammebetingelser.

### **Problemstilling 2: Hva bør videreføres, justeres eller avvikles i videreutvikling og mulig opptrapping av KSF nasjonalt?**

Herunder skal følgende spørsmål besvares og/eller belyses:

- Hvordan KSF kan utvikles til å bli et kunnskapssystem som kan brukes for å dekke behov på flere kommunale tjenesteområder?
- Hva er hensiktsmessig organisering av KSF fremover? Herunder
  - oppgaver og ansvar til kommuneklyngene, og især motorkommunenes rolle,
  - oppgaver og ansvar til KSF-regionene. Evalueringen bør vurdere inndelingen av KSF-regioner, og om andre inndelinger kan være mer hensiktsmessige,
  - om det er behov for et nasjonalt nivå i KSF, og hva som eventuelt bør være oppgaver og ansvar i KSF nasjonalt,
  - deltakere og roller i KSF-strukturen fremover, deriblant kommuner, UH- og instituttsektoren, KS og fylkeskommunen, og
  - behov for fleksibilitet og tilpasning av strukturen til lokale forhold, og behov for felles form og føringer.

- muligheter for at KSF i større grad kan bidra til utvikling av relevant og praksisnært utdanningstilbud i UH-sektoren.<sup>10</sup>

### Nærmere om evalueringsoppdraget

I tillegg til piloteringen i region Vest og region Midt har det også vært gjennomført FoU-aktiviteter i andre regioner som i høy grad har sprunget ut av forsøk på å etablere KSF. Erfaringene fra mange av disse initiativene er av betydning for videreutviklingen av et kunnskapsløft for kommunene, så vi har beskrevet disse og gjengitt erfaringer fra informanter som har hatt sentrale roller i dette arbeidet.

Flere aktører deltar i forskningssamarbeid i norske kommuner, ikke minst ulike UH-institusjoner. I tillegg har *Senter for omsorgsforskning* og USHT roller i kunnskaps- og kompetanseutvikling i kommunene. Evalueringen viser hva KSF kan tilføre kommunenes kunnskapsarbeid til forskjell fra slike initiativer og aktører og drøfter hva som eventuelt overlapper.

Spørsmål 2 under problemstilling 1 er sentralt for forståelsen av oppdraget – leverer KSF i tråd med *formålet*? Formålet er i utlysningen beskrevet slik, og disse målsetningene inngår i evalueringskriteriene i dette oppdraget:

Formålet med KSF er å bygge opp et kunnskapssystem som bidrar til mer kunnskapsbaserte beslutninger og praksiser i kommunen på en bærekraftig og ressurseffektiv måte. Kunnskapssystemet skal bidra til mer forskning i, for og med kommunene, basert på kommunenes kunnskapsbehov. Det skal bidra til utvikling av metoder og verktøy for kunnskapsstøtte til kommunene, og styrke kommunenes muligheter til å innhente, vurdere, iverksette og anvende forskningsbasert kunnskap. Samarbeidet skal også styrke relevante utdanningstilbud og kommunene som utdanningsarena.

KSF skal være en struktur for systematisk dialog på tvers av kommuner, og mellom kommuner og UH- og instituttsektoren. Det er også anbefalt å involvere bruker- og næringslivsrepresentanter. KSF-strukturen skal bestå av kommuneklynger, KSF-regioner og KSF nasjonalt.<sup>11</sup>

Ut fra problemstilling 2 gir vi en overordnet vurdering av forutsetningene for videreutvikling og opptrapping av KSF, herunder økonomiske, juridiske og organisatoriske forhold. Vi identifiserer noen viktige forutsetninger for at en kommunene kan fylle rollen som motorkommune. Evalueringen peker også på hva som må til for at KSF kan utvikles som et kunnskapssystem som på sikt kan dekke alle kommunale tjenesteområder.

Problemstilling 2 og det tilhørende spørsmålet om organisering gir opphav til to spørsmål om organisering. Dels blir det et spørsmål om hvilke *strukturer* som KS bør ta initiativ til og ansvar for å etablere. Her blir det da i sin tur spørsmål om hvilke betingelser som skal knyttes til kommunenes (og/eller kommuneklyngenes) og andre aktørers deltakelse eller innlemmelse i disse strukturene. Altså, hvordan bør KS organisere KSF *ovenfra*?

Og dels blir det et spørsmål om hvilken *modell* (eller hvilke modeller) som KS bør anbefale. Med modeller sikter vi her til hvordan kommunene kan organisere seg i klynger (eller eventuelt andre konstellasjoner) og eventuelt hvordan kommunene skal gå fram for å oppnå slik organisering. Et annet ord for *modell* kunne være *oppskrift*. Altså, hvordan kan eller bør kommunene organisere KSF *nedenfra*?

### Operasjonalisering og avgrensninger

Arbeidet med å etablere KSF-pilotene har ikke kommet svært langt, og det har vært begrenset med aktiviteter i dem. Det er få håndfaste og dokumenterbare direkte resultater. Dette er dermed en form for en underveisevaluering. Mange informanter mener det

---

<sup>10</sup> UH: Universiteter og høyskoler.

<sup>11</sup> Tilbudsforespørsel. Evaluering av pilotering av Kommunenes strategiske forskningsorgan. KS, april 2023.

egentlig er for tidlig å evaluere tiltaket, og noen påpekte at det viktigste resultatet er at man har kommet et godt stykke på vei med å etablere fungerende organisering.

Det er *KSF Vest-piloten* og *KSF-pilot Midt* som egentlig er gjenstand for evalueringen, men erfaringene fra de andre regionene er av stor betydning for videreutviklingen av KSF som et kunnskapsløft for norske kommuner, ikke minst fordi aktiviteter og organisering utenom pilotene i høy grad har vært påvirket av arbeidet som gikk forut for etablering av pilotene. Vi har derfor beskrevet aktiviteter og gjennomført intervjuer også utenom de to pilotene.

Det er også slik at for eksempel Trondheim kommune har deltatt i *KSF-pilot Midt* samtidig som omfattende FoU-aktiviteter har blitt gjennomført utenom piloten. Vi anser også erfaringer fra slike tilleggende aktiviteter som svært relevante for prosjektet. I framstillingen nedenfor prøver vi å skille mellom de to pilotene på den ene siden og de tilleggende aktivitetene på den andre, men i konklusjonene og anbefalingene trekker vi på de samlede erfaringene slik de framkommer i datamaterialet vårt.

Slik problemstillingene er formulert, oppfatter vi det slik at et implisitt premiss for oppdraget er at vi skal undersøke *hvordan* KSF skal videreføres, og *hvordan* KS kan videreføre sin pådriverrolle i dette utviklingsarbeidet.

KS har hatt en sentral rolle som initiativtaker, finansieringskilde og pådriver for KSF. Ut fra problemstillingene er denne rollen ikke en del av vår evaluering, men KS' viktige innsats ut fra mandatet som interessepolitisk aktør og utviklingspartner for kommunene er omtalt i bakgrunnsdelen ovenfor.

### Innledende om terminologi og modeller

KSF-rapporten fra 2019 (KSF, 2019) ble utarbeidet av en arbeidsgruppe under Helse-Omsorg21 som het *Kommunenes strategiske forskningsorgan* (KSF). Her omtales en «struktur for kunnskapsløftet i kommunene». I denne strukturen er «KSF» et permanent, nasjonalt samordnende nivå. Videre omtales «regionale samarbeidsorgan» (med «tilhørende sekretariatsfunksjoner»).

I vedtaket i KS hovedstyre i september 2019 brukes liknende ordlyd. «KSF» forstås her som et nasjonalt organ som foreslås opprettet på permanent basis.<sup>12</sup>

Vi registrerer at det har skjedd en glidning i begrepsbruken siden da. I oppdragsbeskrivelsen for vårt evalueringsprosjekt brukes betegnelsen «KSF» om hele den kunnskapsløft-strukturen som man ser for seg skal etableres og som til slutt skal eller kan omfatte alle norske kommuner. For eksempel omtales de regionale nivåene som «Pilot-regionen KSF Vest» og «Pilot-regionen KSF Midt» henholdsvis. Blant aktørene i de to regionene brukes i stedet betegnelsene «KSF Vest-piloten» og «KSF-pilot Midt», som vi da også bruker gjennomgående i rapporten.

Oppdraget vårt omfatter ikke spesifikt en gjennomgang eller vurdering av terminologi. Likevel mener vi det kan være grunn til å vurdere begrepsbruk og betegnelser på system og organer med tanke på det omfattende mobiliserings- og forankringsarbeidet som KS trolig skal rette mot kommunene videre framover.

Vi påpeker at S-en i KSF står for «strategiske» – noe som kan fortone seg noe ulogisk som betegnelse på noe som på regions-, klynge- og kommunenivå i høy grad også vil være *operative* og/eller *taktiske* aktører.

For enkelhets skyld bruker vi likevel «KSF» som betegnelse på den strukturen som tenkes etablert over hele landet. Det følger at denne betegnelsen ikke samtidig bør benyttes på det som vi vil omtale som «det nasjonale nivået». Videre vil vi benytte «det regionale nivået» (selv om det kanskje er litt tungt for senere formål og bruk). Til sist bruker vi

---

<sup>12</sup> Saksframlegg: Kommunenes strategiske forskningsorgan helse/omsorg (KSF) – KS' rolle i det videre arbeidet og forslag om pilot for Regionalt samarbeidsorgan Vest. KS, 22. august 2019.

betegnelse «motorkommune» og «kommuneklynger» – betydningen og bruken av disse har vært konsistent.<sup>13</sup>

I denne rapporten skiller vi også mellom *KSF som struktur* og *KSF som oppskrift* (eller *modell*). Med *KSF-struktur* mener vi her organer og samarbeidsstrukturer som etableres av KS på nasjonalt og regionalt nivå, og som kommuner og kommuneklynger kan tilslutte seg og delta i – trolig på gitte betingelser. Med *modell* mener vi oppskrifter på mulige måter kommuner kan organisere kommuneklyngene og KSF-arbeidet internt i kommunen på.

## 1.3 Teori og metoder

### Programteori

I denne evalueringen har vi anvendt en enkel programteori. I sin enkleste form vil en programteori si noe om hvordan man antar at et bestemt tiltak eller en bestemt intervensjon vil føre til bestemte effekter (Sverdrup, 2002). Vår antakelse er at etablering av KSF vil kunne gjøre deltakerkommunene i stand til å ivareta følgende funksjoner og oppgaver:

- Identifisere, kartlegge, dokumentere, formulere, prioritere og kommunisere kunnskapsbehov
- Kommunenes forskningsgjennomføring:
  - Initiere kunnskapsoppsummeringsprosjekter og pilot- og forsøksprosjekter; søke FoU-midler; delta i forskningsarbeidet; ta imot forskere og studenter; ta i bruk forskningsresultater
- Forskningsformidling:
  - Monitorere forskningsfronten; videreformidle kunnskapsoppsummeringer
- Implementering av kunnskap og beslutningsstøtte:
  - Oversikt over aktører og aktiviteter; formidling og kompetanseheving; støtte prioriteringsprosesser; koordinering, tverrsektoriell samordning; kommunikasjon; endringsledelse
- Utvikling av praksisnære utdanningstilbud
- Påvirke nasjonal forskningsagenda:
  - Departementene; Forskningsrådet, porteføljestyrene; andre interessepolitiske tiltak
- Andre funksjoner og oppgaver

Denne programteorien har primært blitt brukt i intervjuene, hvor vi har spurt aktuelle informanter om hvordan de har erfart at KSF har bidratt til – og/eller hvordan de vurderer at KSF kan tenkes å bidra til – å ivareta disse funksjonene og oppgavene.

Siden det på evalueringstidpunktet forelå få konkrete resultater knyttet til disse funksjonene og oppgavene, så er vi henvist til å basere oss i adskillig grad på informantenes vurderinger. I kapittel 4 og 5 gjengir og drøfter vi de funn og resultater som kan trekkes ut av intervjumaterialet, hvis innhold i høy grad har framkommet ved bruk av denne intervjumetodikken. Men vi har ikke sett det som hensiktsmessig å organisere framstillingen i henhold til disse punktene.

### Intervjuer

Vi har gjennomført 19 intervjuer med til sammen 21 informanter. I tillegg har det vært flere oppfølgingssamtaler og utstrakt e-postkorrespondanse for faktasjekking og situat-

---

<sup>13</sup> Men det skal likevel nevnes at en informant fra en potensiell motorkommune påpekte at også disse to betegnelse kunne virke fremmedgjørende i møte med «nye» kommuner.



kontroll. Det ble også gjennomført ett avsluttende intervju med to ledere i KS i etterkant av framlegging av rapportutkastet.

De fleste intervjuene ble gjennomført på Teams eller andre videokonferanseplattformer, og noen få som fysisk møte. Intervjuene var semi-strukturerte, med utgangspunkt i en intervjuguide, som blant annet inneholdt spørsmål med utgangspunkt i funksjonene og oppgavene som ble nevnt ovenfor. Flere av informantene ble foreslått av oppdragsgiver; andre ble foreslått av referansegruppa, og atter andre ble foreslått i intervjuer.

### Referansegruppa

Referansegruppa i prosjektet har bestått av

- Kjell Wolff, kommunaldirektør, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune
- Morten Wolden, kommunedirektør, Trondheim kommune
- Ole Bernt Thorbjørnsen, kommunedirektør, Haugesund kommune
- Toril Hernes, prorektor nyskaping, NTNU
- Geir Kåre Resaland, prorektor for regional utvikling, prorektor for forskning, Høgskulen på Vestlandet

Det har vært gjennomført to referansegruppemøter, ett den 26. juni, og ett den 13. november (i 2023). På det første møtet ble evalueringsprosjektet presentert, og på det andre ble tentative konklusjoner og anbefalinger diskutert basert på et på forhånd utsendt rapportutkast. Videre deltok tre av medlemmene på et arbeidsverksted (se nedenfor). Møtene ble gjennomført som videokonferanser ledet av Proba og Agenda Kaupang med KS som arrangør og observatør.

### Arbeidsverksted

Det ble arrangert et to timers arbeidsverksted («workshop») med referansegruppa samt et utvalg andre interessenter (se Tabell 1) den 29. september 2023. Her ble foreløpige funn og resultater lagt fram og diskutert. Også dette møtet ble gjennomført som videokonferanser ledet av Proba og Agenda Kaupang med KS som arrangør og observatør.

### Bearbeiding av intervjumaterialet

På basis av opptak og/eller notater utarbeidet vi intervjureferater, som dernest ble bearbeidet og analysert med programvaren Nvivo. Også referater fra arbeidsverkstedet ble behandlet på denne måten.

Tabell 1. Deltakere på arbeidsverkstedet 29. september

Eirik Abildsnes, Kristiansand kommune	Agnes Landstad, Forskningsinstituttene fellesarena
Hege Berntsen, Universitets- og høgskolerådet/ OsloMet	Roger Lian, Forskningsinstituttene fellesarena/ NTNU samfunnsforskning
Bente Bunæs, Universitets- og høgskolerådet	Ståle Oppdal, Stavanger kommune
Torild Hernes, NTNU	Morten Wolden, Trondheim kommune
Jan Sivert Jøsendal, Buskerud fylkeskommune	Kjell Wolf, Bergen kommune

## 1.4 Om rapportens oppbygning og struktur

I kapittel 2 beskriver vi tilgrensende initiativer og aktører som kontekst for KSF som kunnskapsløft for kommunene. I kapittel 3 beskriver vi organisering, aktiviteter og resultater i fire regioner – de to pilotene *KSF Vest-piloten* og *KSF-pilot Midt* samt i det vi kaller *Region Sør-øst* og *Region Nord*. Kapittel 4 inneholder en diskusjon av tema og spørsmål

som framkommer i vårt datamateriale. Her tar vi for oss de ulike KSF-nivåene ett for ett; det nasjonale nivået, det regionale nivået, klyngenivået og kommunenivået. I kapittel 5 utleder vi konklusjoner knyttet til hver av hoved- og delproblemstillingene for prosjektet, og vi avslutter kapitlet med våre anbefalinger.

## 2 Kontekst – tilgrensende initiativer og aktører

I dette kapitlet beskriver vi initiativer og aktører på nasjonalt nivå eller som har en nasjonal rekkevidde, som utgjør noe av konteksten for KSF som kunnskapsløft for kommunene. Framstillingen danner grunnlag for å belyse delproblemstillingen om *addisjonalitet* – altså om hva slags verdi KSF har eller kan skape, som ikke ellers ville blitt skapt. Man kan også stille spørsmål om det er potensiale for å involvere slike aktører i KSF-arbeidet. Disse spørsmålene drøftes i kapittel 5.

I slutten av dette kapitlet er det også en seksjon om internasjonale erfaringer, som dels omhandler forsøk i andre land på å styrke samhandlingen mellom academia og praksisfelt. Her er også en kort redegjørelse for hvordan slik samhandling omtales og omhandles i internasjonal forskningslitteratur. Kapitlet avsluttes med noen sammenfattende kommentarer.

### 2.1 Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester<sup>14</sup>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing og et av virkemidlene for å realisere målene i stortingsmeldingen *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 2017–2018) samt tidligere meldinger.<sup>15</sup>

USHT skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene skal være en ressurs i fylket og fremme samarbeid med alle kommunene.

For å fylle samfunnsoppdraget skal utviklingscenterne:

- legge til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommunene i fylket gjennom blant annet ulike nettverk og arenaer for ledere og andre ansatte
- bidra til utvikling av kunnskapsbasert praksis, gjennom spredning av kunnskap, herunder nasjonale veiledere og retningslinjer
- bidra til innovasjon og nye løsninger og til spredning av disse
- tilby råd og veiledning i metoder og verktøy i fagutviklings-, forbedrings- og implementeringsarbeid
- medvirke til og tilrettelegge for forskning som er praksisnær og relevant for kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet delfinansierer sentrene gjennom en tilskuddsordning. Et av de sentrale målene for ordningen er at USHT skal ta utgangspunkt i kommunenes behov.<sup>16</sup> Det er likevel Helsedirektoratet som i årlige føringer setter de tematiske rammene for hva USHT-ene skal prioritere. Sentrene har ansvar for å legge til rette for og understøtte forskning lokalt, men verken initiere eller drive egen forskning.<sup>17</sup>

Det er 20 USHT-enheter i landet, i hovedsak basert på gamle fylkesgrenser samt et senter for den samiske befolkningen i Finnmark. USHT-ene er organisert med en vertskommune og tilhørende kommuner. Det er kommunene som deltar som utgjør organiseringen.

Vertskommunen har ansvar for søknad, handlingsplan, måloppnåelse og rapportering, samt for egenfinansiering. De enkelte sentrene kan inngå avtaler om medfinansiering fra

---

<sup>14</sup> Framstillingen her i er hovedsak basert på sentrenes web-side <https://www.utviklingscenter.no/> (aksessert 16. november 2023).

<sup>15</sup> Meld. St. (2012–2013) Morgendagens omsorg; Meld. St. (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste

<sup>16</sup> Se for eksempel tildelingsbrev 2023.

<sup>17</sup> Se for eksempel KSF (2019), s. 54.

kommunene i det relevante området. Utviklingssenterets handlingsplan skal være forankret i vertskommunen. Regelverket for tilskuddsordningen legger ikke føringer på kommunenes medfinansiering eller på styringsmodell for sentrene.

USHT-ene skal også samarbeide med statsforvalter, Senter for omsorgsforskning samt øvrige utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i landet. I regelverk for tilskudd til USHT heter det også at vertskommunen/USHT skal søke samarbeid med pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten, videregående skoler/fylkeskommuner, høyskoler, universiteter, forsknings- og kompetansemiljøer, frivillige organisasjoner og KS i regionen.

Vi er kjent med at det pågår en evaluering av USHT. Resultatene av denne vil kunne medføre behov for endringer USHT-satsingen som kan ha betydning for deres rolle i den videre utviklingen av KSF.

## 2.2 Senter for omsorgsforskning<sup>18</sup>

Senter for omsorgsforskning ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av Meld. St. 25 (2005–2006) og er etablert ved Universitetet i Tromsø, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Agder sammen med Høgskolen i Sørøst-Norge, og NTNU på Gjøvik. De fem sentrene utgjør et nasjonalt nettverk som koordineres fra Gjøvik. De enkelte sentrene er organisert som en egen enhet tilhørende et fakultet ved eierinstitusjonen med egne senterledere.

Senter for omsorgsforskning skal bidra til å styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Senteret har et særlig ansvar for samarbeid med og veiledning av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Senter for omsorgsforskning har knyttet til seg et panel av om lag 50 kommuner, såkalte omsorgsforskningskommuner, som sammen utgjør et representativt utvalg av norske kommuner.

Senterets mandat er å samle, produsere og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid. Dette innebærer blant annet å ha oversikt over relevant kunnskap innen fagfeltet, oppsummere og tilgjengeliggjøre kunnskapen og drive forskning, utviklingsarbeid, og innovasjonsarbeid innen hele fagfeltet. Senter for omsorgsforskning driver Omsorgsbiblioteket, et nasjonalt elektronisk bibliotek som samler og oppsummerer kunnskap for helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

## 2.3 Fylkeskommunenes rolle

Fylkeskommunene har som regional utviklings- og planaktør en viktig rolle sammen med kommunene i å styrke forskning og innovasjon i offentlig sektor. Fylkeskommunene behandler søknader til regionale forskningsfond. De gjennomfører også en rekke andre aktiviteter. Det kan i denne forbindelse nevnes at fylkeskommunene i Meld. St. 6 (2018–2019) fikk styrket sine roller innenfor kompetansepolitikk og næringsutvikling. Den overordnede målsetningen i denne meldingen var å styrke fylkeskommunene som samfunnsutviklere.

Vi nevner her noen av aktivitetene til Trøndelag fylkeskommune og Vestland fylkeskommune, som er to av de aktuelle fylkeskommunene for de to piloterte KSF-regionene.

---

<sup>18</sup> Framstillingen her i er hovedsak basert på senterets web-side <https://www.ntnu.no/omsorgsforskning> (aksessert 16. november 2023).

## Trøndelag fylkeskommune

Trøndelag fylkeskommune har blant annet etablert en egen DistriktForsk-ordning, hvor kommuner kan søke om forprosjektmidler med tanke på forberedelse til å delta i andre finansieringsordninger for forskning, som Regionale Forskningsfond, Forskningsrådet, SkatteFUNN eller Horisont Europa.<sup>19</sup>

Ett av fem virkemidler i *Verdiskapingsstrategien* til Trøndelag fylkeskommune er forskning, utvikling og innovasjon, som dermed settes i sammenheng med regionens næringslivs-satsinger og kompetansetiltak. Eksempler på tiltak i strategien er å styrke kommunenes samarbeid med FoU-miljø, næringsliv, statlige og frivillig aktører og etablere en delings- og samarbeidskultur mellom kommunene.

## Vestland fylkeskommune

*FORREGION Kommune Vestland* er del av Vestland fylkeskommunes langsiktige satsing på mobilisering til mer regionalt retta forskning. Kommunene kan med dette tilbudet ta kontakt med en kompetansemekler å få hjelp til å avklare om det er behov for forskning, finne rett finansieringsmulighet og forskingspartner. Målet er å øke forskingsinnsatsen som kan styrke innovasjonskraft og tjenestetilbud i kommunal sektor, og satsinga skal på denne måten bidra til verdiskaping og nye grønne arbeidsplasser.

Vestland fylkeskommune leder *FORREGION Kommune*-satsingen og samarbeider med Høgskulen på Vestlandet og Vestlandsforskning, hvor kompetansemeklerne er ansatt. Arbeidet er i hovedsak finansiert av fylkeskommunen, med delfinansiering fra forskningspartnerne.<sup>20</sup>

## 2.4 Sammenfattende kommentarer

Sentralt for vår vurdering av om USHT kan utgjøre en alternativ eller overlappende struktur for KSF er hvilken rolle kommunene har i å definere oppdraget for USHT-ene og i hvilken grad dette oppdraget kan sies å være innrettet mot kommunens rolle i forskning. På basis av beskrivelsen ovenfor kan vi fastslå at USHT-ene i liten grad later til å drive og initiere forskning, og at rollen deres er innrettet mer mot kompetanseutvikling og kunnskapsformidling. Videre er det usikkert hvilket eierskap kommunene har i USHT og i hvilken grad sentrene arbeider ut fra kommunenes behov. Til sist registrerer vi at USHT – som navnet tilsier – er avgrenset til helse- og omsorgssektoren, mens KSF har ambisjoner som å etter hvert å være tverrsektorielt.

I vår vurdering av om Senter for omsorgsforskning kan innebære en alternativ eller overlappende struktur til KSF, vil det på samme måte som for USHT, være en vurdering ut fra de sentrale prinsippene for KSF-piloten – er det kommunene som definerer behovet og hvilken rolle de har i gjennomføring og implementering? Vår vurdering er at disse sentrene framstår som forskerstyrt – i motsetning til KSFs formål om å skape en kommune-styrt struktur. Disse sentrene er i likhet med USHT-ene avgrenset til helse- og omsorgssektoren.

## 2.5 Internasjonale erfaringer

Det er ikke bare i Norge at det er gjort forsøk på å etablere samarbeid mellom forskere og brukere av forskningsbasert kunnskap. Vi gir her en kort gjennomgang av noen kjente tilfeller fra andre land. Vi viser også hvordan slike initiativer omtales i internasjonal forskningslitteratur.

<sup>19</sup> *DistriktForsk*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.trondelagfylke.no/distriktforsk>.

<sup>20</sup> *FORREGION Vestland – Kommune*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.vestlandfylke.no/forsking/forsking-i-kommunarooffentleg-sektor/forregion-kommune-vestland/>.

I England etablerte i 1998 et konsortium av UH-institusjoner flere regionale sentre for forskningsformidling (research dissemination) innenfor sosialtjeneste- og barnevernsfeltene – kalt *Making Research Count*. Disse sentrene har bilaterale avtaler med kommuner og bydeler og private stiftelser (BU21, 2020b; Humphreys m. fl., 2003).<sup>21</sup>

Vi vi registrerer at dette konsortiet skiller seg fra KSF på minst to viktige måter. For det første later dette til å være i hovedsak en mekanisme for å formidle forskningsresultater, og for det andre later det ikke til å være basert på samarbeid kommuner imellom. Den interaktive rollen som KSF er tiltenkt, er dermed fraværende her. Det samme er tanken om at kommunene skal «eie» kunnskapsutviklingsprosessene, tvert imot framstår *Making Research Count* som i høy grad UH-drevet.

I Storbritannia finner vi også *The What Works Network*, som består av ni institusjoner og stiftelser som arbeider med kunnskapsoppsummering og forskningsformidling innen helse- og velferdstjenestefeltene – blant annet *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).<sup>22</sup> Også her spiller kommuner en liten rolle.

En liknende mekanisme finnes i Canada – *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*, som ble dannet i 2012 basert på det tidligere *Canadian Health Services Research Foundation*.<sup>23</sup> I likhet med de britiske mekanismene er dette en forskningsstyrt organisasjon som i hovedsak driver kunnskapsoppsummering og forskningsformidling.

Slik mekanismer og organisasjoner omtales gjerne i forskningslitteraturen som «knowledge brokers» eller «knowledge brokering organisations». I en oversiktsartikkel av MacKillop m.fl. (2020) ble 198 arbeider som omhandler slike mekanismer inkludert, og det viser seg at dette dels er et uoversiktlig felt, og dels er rollen til brukerne av forskningsbasert kunnskap («policy makers» i liten grad studert:

there is no consensus in the academic literature as to what [knowledge brokering] is and insufficient evidence to support claims that it works. Crucially, analysis of the political dimension of policymaking is largely absent from the literature, leading to incomplete analyses of the phenomenon. Given that [knowledge brokering] takes place within the political world of policymaking, it shouldn't be studied without understanding and referring to the mechanisms of policymaking, including its political elements (MacKillop m. fl., 2020, s. 336)

Vi kunne ikke identifisere noen «KSF-liknende» mekanismer ut fra titlene på de inkluderte arbeidene i oversiktsartikkelen. Det er derfor grunn til å tro at det store flertallet av slike mekanismer likner på de som er beskrevet ovenfor – at de er forskningsdrevet og ikke brukerdrevet.

Vi kan ut fra dette ikke påstå at KSF er unikt i en internasjonal sammenheng, men det er tilsynelatende ikke mange andre eksempler på denne typen bruker-drevne mekanismer forankret i kommuner i andre land.

---

<sup>21</sup> *Making Research Count. Your Route to Knowledge-Based Practice in Social Work and Social Care*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.beds.ac.uk/iasr/mrc/about/>.

<sup>22</sup> *Guidance. What Works Network*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.gov.uk/guidance/what-works-network>.

<sup>23</sup> *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.cfhi-fcass.ca/>.

## 3 Beskrivelse av fire KSF-regioner og KSF nasjonalt

I dette kapitlet beskriver vi hvordan KSF har blitt pilotert på nasjonalt nivå og i to regioner, henholdsvis *KSF Vest-piloten* og *KSF-pilot Midt*. I tillegg beskriver vi relevante initiativer i *Region Nord* og *Region Sør-øst*, herunder tiltak som har vært påvirket av arbeidet med å etablere KSF. Vi tar forbehold om at det trolig er mange kommuner som har FoU-aktiviteter som kunne fortjent omtale her, men vi har avgrenset oss til kommuner som vi har hatt kjennskap til som har vært relatert til KSF som beskrevet her.

### 3.1 KSF på nasjonalt nivå

KSF-rapporten (2019) anbefalte at KSF på nasjonalt nivå ble etablert som fast ordning. Medlemmene på det nasjonale nivået skulle være kommunerepresentanter fra de regionale samarbeidsorganene, representanter fra universitetene og høyskoler, representant fra universitets- og høyskolerådet, brukerorganisasjoner, instituttsektor og observatører (KS, Forskningsrådet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og spesialisthelsetjenesten). Anbefalingen var at dette organet skulle være et strategisk koordinerende organ, overordnet de regionale samarbeidsorganene. Det ble anbefalt en sekretariatsfunksjon lagt under KS.

Innledningsvis i rapporten omtalte vi KS' pådriverrolle som utviklingspartner for kommunene og som interessepolitisk aktør overfor nasjonale myndigheter. Som ledd i utøvelsen av utviklingspartnerrollen vedtok hovedstyret i 2021 å etablere «KSF-helse» som en pilot for «et nasjonalt knutepunkt for systematisert kunnskapsløft og innovasjon i kommunale tjenester»,<sup>24</sup> og har siden bidratt med rundt åtte millioner kroner til de to pilotene. Ved etablering av KSF-strukturen ble det ansatt en nasjonal koordinator i KS, og det ble etablert en nasjonal samarbeidsgruppe kalt *KSF-helse*. Her deltok representanter for Bodø og Vestvågøy kommuner i det som i korrespondanse fra juli 2022 blir omtalt som *KSF Nord* samt en representant for Kristiansand kommune i *KSF Sør*. Videre deltok representanter for Bergen og Trondheim kommuner, Trøndelag fylkeskommune samt to pasientforeningsrepresentanter og tre representanter for UH-institusjoner og én fra Folkehelseinstituttet.

Dette omtales i et saksframlegg til hovedstyremøtet i januar 2022:

KS har i pilotprosjekt fase 1 og fase 2 etablert samarbeid med relevante aktører lokalt og regionalt samt etablert den nasjonale pilot-noden KSF Helse med bred representasjon fra regionene (kommuner og fylkeskommuner), brukerorganisasjoner, universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og statlige aktører. Videre er det etablert en referansegruppe for KSF og departementene er invitert inn som observatører.<sup>25</sup>

Det har i pilotperioden vært noe møtevirkosomhet i denne samarbeidsgruppa, og man har påbegynt strategisk arbeid for KSF nasjonalt.

I løpet av 2022 ble det imidlertid besluttet å utsette pilotering av KSF på nasjonalt nivå. I et framlegg til hovedstyremøtet i januar 2023 heter det:

Arbeid med å pilotere en nasjonal struktur – i første omgang for helse – ble startet opp vinteren 2022, hvor opprinnelig plan var å utforme mandat og innretning for et nasjonalt organ. Dette arbeidet er utsatt i påvente av den eksterne evalueringen som skal gjennomføres i 2023.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> *Saksprotokoll*. Sak 21/5 til hovedstyremøtet 22. januar 2021.

<sup>25</sup> *Vedlegg 1. Rapportering av resultater og FoU-faglig vurdering på langsiktig strategiske satsninger*. Vedlegg til sak 22/6 til hovedstyremøtet 31. januar 2022

<sup>26</sup> *Vedlegg 1: Innstilte ordinære FoU-prosjekter for hovedtildelingen 2023, kategorisert etter overordnede mål og føringer*. Vedlegg til sak 10/23 til hovedstyremøtet 27. januar 2023.

Vi får opplyst at gjennom det siste året har *KSF Vest-piloten* og *KSF Midt-piloten* møttes fast en gang i måneden, i tillegg til at disse regionene møter KS sentralt en gang i måneden.

## 3.2 KSF Vest-piloten

### Beskrivelse av KSF Vest

KS har bevilget midler til etablering av *KSF Vest* som pilot fra 2020 gjennom tilskudd til Bergen kommune, som har fått rollen som regional pådriver for KSF Vest-piloten. Etableringen var i henhold til KSF-rapporten (2019), som anbefaler et regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med piloten er å prøve ut en modell for samarbeid regionalt og lokalt mellom kommuner og med forskningsaktører for å styrke kommunenes rolle som bestillere av forskning, samt å stimulere til mer forskning i og med kommunene.

Formålet er videre å utvikle det regionale samarbeidet mellom kommuner og UH-sektoren for å bidra til beslutningsstøtte og kompetanseutvikling innen kommunal tjenesteyting på helse- og omsorgsfeltet. Regionen omfatter kommuner i Vestland og Rogaland. I regionen er det store forskjeller i nærhet til forskningsmiljøer, infrastruktur, innbyggertall og ressurser. *KSF Vest-piloten* skal etablere eierskap og forpliktelse til å delta i det regionale samarbeidet i hele regionen.

På det regionale nivået er det definert ansvar og oppgaver til følgende roller:<sup>27</sup>

- *Eier* av KSF Vest er KS. Eier har ansvar for å styre prosjektet på en måte som sørger for at det blir planlagt og gjennomført i tråd med rammene og forventningene som framkommer av mandatet til KSF Vest.
- *Prosjektleder* er ansatt i Bergen kommune, og har ansvaret for å planlegge, gjennomføre og rapportere for prosjektet, opprettholde dialog med kommunene (ved klyngeleder) og bidra til å koordinere/samordne arbeidsformer i klyngene. Sammen med Arbeidsutvalget har prosjektleder ansvar for å planlegge, gjennomføre og rapportere for prosjektet.
- *Prosjektkoordinator* har kontorplass i Bergen kommune, og skal støtte prosjektleder i arbeidet med å drive prosjektet. Prosjektkoordinator skal opprettholde dialog med kommunene (primært via klyngeleder/-koordinator) og bidra til å koordinere/samordne arbeidsformer i klyngene.
- *Klyngerepresentantene* skal være godt orienterte om FoU-aktiviteter og kunnskapsbehov i egen klynge.
- *Forskerrepresentantene* skal jobbe for å oppnå målene i mandatet på bakgrunn av sitt fagområde og sin sektor.
- *Observatører* skal knytte samarbeidsorganets opp mot egen virksomhet.

*KSF Vest-piloten* har en todelt struktur for representasjon og styring. I det regionale samarbeidsorganet deltar representanter fra partnerne. Der deltar to klyngerepresentanter og to forskerrepresentanter fra hver av de to største klyngene, samt en klyngerepresentant og en forskerrepresentant fra de to minste klyngene. I tillegg deltar én eller to representanter fra KS, én observatører fra KS (nasjonalt), én observatør fra KS (regionalt) og én observatør fra Folkehelseinstituttet. Her oppsummeres siste års aktiviteter, og man drøfter satsinger for påfølgende år.

Et arbeidsutvalg bestående av prosjektleder og representanter fra de fire klyngene forbereder hva som skal diskuteres på møtene i det regionale samarbeidsorganet.

---

<sup>27</sup> Mandat for Kommunenes strategiske forskningsorgan Vest, udatert dokument, Bergen kommune.



*KSF Vest-piloten* skal gi struktur til samarbeid mellom kommuner, og mellom kommuner og UH- og instituttsektorene i Vestland og Rogaland.

## Om klyngene

Det er 66 kommuner i *Region Vest* – Vestland og Rogaland – og tilnærmet alle kommuner i deltar i en klynge. Ved utgangen av 2021 var 58 kommuner med i en kommuneklynge. Kun åtte kommuner var på dette tidspunktet ikke tilknyttet klyngestrukturen i *KSF Vest-piloten*, som består av fire kommuneklynger. Kommuneklyngene i *KSF Vest-piloten* er etablert som vist i Tabell 2:<sup>28</sup>

Kommuneklyngene i *KSF Vest-piloten* er alle etablert ved å benytte allerede eksisterende strukturer. Merk derfor at klyngene i Tabell 2 er listet opp etter navn på strukturen de har basert seg på. *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* og *Klyngesamarbeid for forskning innen helse og omsorg i Sør-Rogaland* (heretter *Sør-Rogaland* eller *Sør-Rogaland-klyngen*) var begge etablert som forskningssamarbeid før *KSF Vest-piloten* ble igangsatt, mens *FOUSAM* i Fonna-regionen og *Helse- og omsorgsutvalet* i gamle Sogn og Fjordane ikke hadde forutgående forskningssamarbeid.

Tabell 2. Klynger og nettverk i *KSF Vest*.

Klynge/Nettverk	Område	Motorkommune
Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest	Bergensregionen (gamle Hordaland)	Bergen kommune
Klyngesamarbeid for forskning innen helse og omsorg i Sør-Rogaland	Stavangerregionen (Sør-Rogaland)	Stavanger kommune
FoU-enhet for samhandling (FOUSAM) og Helseledernetverket	Fonna helseregion (Sunnhordland, Indre Hardanger og Nord-Rogaland)	Karmøy kommune
Helse- og omsorgsutvalet	Helse- og omsorgsutvalet (gamle Sogn og Fjordane)	Har ikke motorkommune. Sunnfjord kommune har en koordinerende rolle.

I tråd med anbefalingene i *KSF-rapporten* (2019) er det opp til hver kommuneklynge hvordan den organiserer seg, og hva kommunene vil bruke klyngen til. Det er i mandat for *KSF Vest-piloten* foreslått følgende aktiviteter i klyngene:<sup>29</sup>

- ha oversikt over hvilke FoU-aktiviteter som skjer i kommunene
- jobbe strategisk for å iverksette ny forskning
- jobbe strategisk for bedre tilgang på forskningsbasert kunnskapsgrunnlag
- finne ut hvilke kunnskapsbehov kommunene i klyngen har
- delta i og søke på nye forskningsprosjekt
- prioritere behov for kunnskapsoppsummeringer
- delta og arrangere for eksempel seminarer, konferanse, møter, prosjektverksteder, etc.

Kommunene i klyngen skal

- adressere egne kunnskapsbehov og ha oversikt over egen kommunes FoU-satsing, planer og aktiviteter
- formidle kunnskapsoppsummeringer eller andre kunnskapsgrunnlag tilbake til egen kommune, lage rapporteringsordninger og iverksette aktiviteter

<sup>28</sup> Mandat for Kommunenes strategiske forskningsorgan Vest, udatert dokument, Bergen kommune.

<sup>29</sup> Vi har fått opplyst at Sør-Rogaland-klyngen har et noe bredere mandat enn i dette forslaget.

Samarbeidet i klyngen gir FoU-kontaktene i kommunene tilgang til kompetansen i andre kommuner samt tilgang til ressurser og kompetanse hos forskningsaktører. FoU-kontaktene kan bruke denne tilgangen for eksempel når de skal vurdere forskningshenvendelser, forskningsresultater, og deltar i utarbeidelsen av kommuneplaner i kraft av å være medlem i klyngen.<sup>30</sup>

### **Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest (Bergensregionen)**

*Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* ble etablert i 2015 som en avtale mellom Bergen kommune og Universitetet i Bergen, Haukeland universitetssykehus og UNI Research (nå Norce). Bergen hadde dermed mye erfaring med forskningssamarbeid før kommuneklyngen ble etablert. Samarbeidet retter seg mot kommunenes helse- og omsorgstjenester.

I dag inkluderer klyngen åtte kommuner og sju forskningsinstitusjoner, og det samarbeides om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i helse- og omsorgstjenestene.<sup>31</sup> Bergen er motorkommune og leder arbeidet i klyngen. Øvrige kommuner som er med er Alver, Askøy, Austrheim, Bjørnafjorden, Masfjorden, Vaksdal og Voss herad. Kunnskapsinstitusjonene som er med i samarbeidet, er Universitetet i Bergen, Høgskolen på Vestlandet, Norce, Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Folkehelseinstituttet og VID vitenskapelige høgskole.

Alle FoU-partnere og kommuner i kunnskapskommunen bidrar med finansiering av drift basert på en finansieringsnøkkel. Dette finansierer til sammen tre stillinger som er lagt til Bergen kommune.

Kunnskapskommunen har etablert en samarbeidsavtale som definerer hovedområdene som det skal satses på. Bergen kommune har en egen plan for forskning, innovasjon og utdanning som beskriver hva kommunen ønsker å satse på, og hvilke virkemidler som kan benyttes for å realisere målene. Denne planen brukes som modell for hele kunnskapskommunesamarbeidet.

Det er en bevissthet om at Bergen som motorkommune skal gå foran gjennom å ta initiativ og dele informasjon og kunnskap, og involvere andre kommuner. De sender for eksempel forslag på høringer til andre kommuner i klyngen. De har også etablert et digitalt verktøy for å registrere forskere som ønsker å samarbeide med kommunen, og som de har gjort tilgjengelig i nettverket.

Det er til sammen fem eller seks stillinger tilknyttet til klyngesamarbeidet. Et delmål for klyngen har vært å få nok stillingsressurser til at det er kapasitet til å søke om eksterne midler. Et hovedmål er å frambringe ny forskning på områder kommunene selv prioriterer.

I løpet av pilot-perioden er det igangsatt flere forskningsprosjekter i Kunnskapskommunen; NFR-prosjektet *Virtual darkness and digital phenotyping in specialized and municipal dementia care* om behandlingsformer for demens fikk tildelt 10,6 millioner kroner for perioden 2023–2027. Dette kommer i tillegg til allerede igangsatte prosjekter, slik som *En ny modell for tilgang på kunnskap til forskning, styring og utvikling i folkehelsearbeidet i kommunene* (FolkeKommune) – også NFR-finansiert, samt *Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene* (FRONESIS) finansiert av HK-dir (KHOV, 2023).

---

<sup>30</sup> *Piloteringen av KSF – status*. Hentet 30. juni 2023 fra <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/forskning-for-i-og-med-kommunesektoren/kommunenes-strategiske-forskningsorgan/hva-gjor-ks/>.

<sup>31</sup> *Bergen kommune - Om Kunnskapskommunen*. Hentet 30. juni 2023 fra <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/kunnskapskommunen/om-kunnskapskommunen>.

## Sør-Rogaland-klyngen (Stavangerregionen)

I november 2019 startet et forarbeid for å etablere et klyngesamarbeid i Sør-Rogaland. Våren 2020 ble det gjennomført et forankringsarbeid rettet mot kommunaldirektører, kommunalsjefer og andre FoU-grupper innen helse- og omsorgsområdet. Høsten 2020 ble klyngesamarbeid for forskning i Sør-Rogaland etablert.

Klyngesamarbeidet i Sør-Rogaland er knyttet opp mot *KSF Vest-piloten*. *Sør-Rogaland-klyngen* har to representanter i det regionale samarbeidsorganet, fra Stavanger kommune og Sandnes kommune.

Stavanger er motorkommunen og har påtatt seg ansvaret for å lede klyngesamarbeidet, som består av Stavanger, Strand, Hjelmeland, Kvitsøy, Randaberg, Sola, Sandnes, Hå, Time, Klepp, Gjesdal, Egersund, Sokndal, Lund og Bjerkheim. KS-Rogaland er observatør. I klyngen er det eksempelvis kommunalsjefer og personer i fagstaben innenfor helse og velferd som deltar.

Stavangers rolle som motorkommune bygger på kommunens langvarige samarbeid med regionale utdannings- og forskningsinstitusjoner forut for etablering av *KSF Vest-piloten*. Stavanger har vedtatt at de skal ta en regional pådriverrolle for forskning og forankret dette i kommuneplanen. Kommunen har også vedtatt en egen forskningsstrategi og bygd opp en egen forskningsseksjon som i dag har ansatt fem doktorgradsstipendiater slik at man også har kapasitet til å utføre forskning selv.

Kommunene i Sør-Rogaland har tatt utgangspunkt i etablerte samarbeidsstrukturer. Klyngen ledes av et arbeidsutvalg som består av en representant fra Jæren, Ryfylke, Dalene samt fra byene Sandnes og Stavanger. KS Rogaland møter som observatør i arbeidsutvalget. Arbeidsutvalget koordinerer arbeidet på vegne av kommunene og ledes av motorkommunen (Stavanger).

Leder av klyngen har denne rollen i anslagsvis 60–80 prosent av sin stilling, og en prosjektmedarbeider er tilknyttet i 40 prosent stilling. Leder er fullfinansiert av Stavanger kommune, mens deler av kostnader knyttet til lønn til prosjektmedarbeideren er støttet av midler fra Statsforvalteren i Rogaland. De øvrige deltakende kommuner dekker dette selv.

I klyngen møtes kommunene og academia. Her diskuteres det ulike forsknings- og kunnskapsbehov i sektoren. I *Mandat for klyngesamarbeid for forskning innen helse og velferd i Sør-Rogaland* beskrives bakgrunn, formål og strukturer for samarbeid i klyngen, samt mulige oppgaver og en overordnet plan for kommunikasjon og informasjonsdeling i klyngen.<sup>32</sup> Det er inngått et formelt samarbeid med Universitetet i Stavanger og Vitenskapelig høgskole Stavanger (VID).

## FOUSAM (Helse Fonna HF-regionen)

Denne klyngen er basert på *FoU-enhet for samhandling* (FOUSAM), som er en felles forsknings- og utviklingsenhet for *Helse Fonna HF* og 16 kommuner.<sup>33</sup> Helseforetaket *Helse Fonna HF* er eid av *Helse Vest RHF*. Klyngen har dermed en styringsstruktur som ikke utelukkende tar opp i seg det kommunale perspektivet, men som også omfatter en statlig aktør. Deltakende kommuner er Karmøy, Haugesund, Tysvær, Bukken, Utsira, Sauda, Suldal, Vindafjord, Vetne, Sveio, Stord, Bømlo, Fitjar, Kvinnherad, Ullensvang og Tysnes. Karmøy er motorkommune.

Kommunene i klyngen er for det meste små og mellomstore, og det er lite erfaring med forskningsaktivitet. Det foreligger ingen juridisk avtale med UH-partnere som er felles for kommunene i klyngen, slik at kommunene kan ha ulike UH-partnere. Høgskulen på Vestlandet var tidligere en del av klyngen, men har trukket seg ut. *FOUSAM* skal fasilitere og

---

<sup>32</sup> Mandat for klyngesamarbeid for forskning innen helse og velferd i Sør-Rogaland.

<sup>33</sup> *FOUSAM – et felles nettsted for samhandling mellom kommuner og sykehus i Helse Fonna-regionen*. Hentet 23. oktober 2023 fra <https://fousam.no/om-oss/>.

legge til rette for godt samarbeid mellom sykehus og kommuner gjennom kunnskapsbasert praksis.

Alle parter i *FOUSAM* finansierer egen møtedeltakelse. I tillegg finansierer Helsedirektoratet en rolle som samhandlingskoordinator i nettverket. Det er bare en liten del av stillingen som samhandlingskoordinator som omhandler KSF-samarbeidet. *FOUSAM* har kommet relativt kort i arbeidet og er under etablering.

### Helse- og omsorgsutvalet (i gamle Sogn og Fjordane)

Klyngesamarbeidet ble opprettet februar 2020. Klyngen består av 17 kommuner som til sammen har 110 000 innbyggere. Denne klyngen er basert på strukturen til *Helse- og omsorgsutvalet* i fylket.

*Helse og omsorgsutvalet* er et helsefelleskap og består av representanter fra helseforetak, kommunene tilknyttet helseforetaket, fastleger og brukere. Det er kommunalsjefene for helse i hver kommune som møter. Målet med helsefelleskapene er å skape mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste.<sup>34</sup>

Klyngen har ikke en motorkommune, og samarbeidet koordineres av en eksisterende stilling som koordinerer øvrig arbeid i *Helse- og omsorgsutvalet*. Denne stillingen representerer kommuneklyngen i rollen som klyngeleder i arbeidsutvalget i *KSF Vest*. Kommuneklyngen benytter et eksisterende samarbeid mellom Høgskulen på Vestlandet, *Helse Fonna HF* og kommunene i denne helseregionen.

### Kunnskapsstøttesystemene

To viktige FoU-aktiviteter i KSF Vest-piloten er etablering av to modeller for kunnskapsstøttesystem. Det ble først etablert et samarbeid mellom Bergen kommune, Folkehelseinstituttet og Høgskulen på Vestlandet om å utvikle metodikk for kunnskapsstøtte gjennom kunnskapsoppsummeringer. Prosjektet er støttet av Forskningsrådet. Prosjektet ble utvidet til å gjelde hele KSF-Vest-regionen, slik at alle kunne melde inn kunnskapsbehov. Det er også etablert et kunnskapsstøtteprosjekt i regi av Sør-Rogaland-klyngen kalt *Kunnskapsbroen*.

Modellene er dokumentert og drøftet av Folkehelseinstituttet og Høgskulen på Vestlandet i rapporten *Mot et kunnskapsstøttesystem for kommunene* (Bjerk m. fl., 2023). Rapporten beskriver modellene for kunnskapsstøtte og belyser erfaringer og noen anbefalinger for veien videre. De to modellene beskrives som følger.

Den ene modellen – *Et kunnskapssystem for kommunene* – ble prøvd ut i kommuneklyngen *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* i Bergensregionen. Prosjektet ble finansiert med midler fra Forskningsrådet. Det tok utgangspunkt i kommuneansattes formuleringer av behov for forskningsbasert kunnskap i tjenestene. I dialog med bibliotekarer og forskere identifiserte forskerne relevante forskningspublikasjoner og skrev forskningsomtaler av disse på norsk, tilpasset forslagsstillers bestilling. Forskerne bisto med veiledning og verktøy for kommunenes beslutningsprosesser og implementering. Forskningsomtalen fungerte da som et reelt beslutningsgrunnlag for tjenestene, sammen med deres hensyn til brukererfaringer, ansattes erfaringer og lokale forhold.

Den andre modellen – *Kunnskapsbroen* – ble prøvd ut i *Sør-Rogaland-klyngen*, med midler fra statsforvalteren. Denne modellen vektla også kommunenes formulering av egne kunnskapsbehov. I tillegg ble det laget strukturer for å øke kommunenes felles kompetanse i kunnskapsbasert praksis, med hovedvekt på bruk av forskningsbasert kunnskap. Målet var å utvikle og bygge opp erfaring med å identifisere og formulere kunnskapsbehov innenfor tjenesteområdene. Modellen bidro til dette og til å bygge opp forskningsrelevant kompetanse i de involverte kommunene.

---

<sup>34</sup> Helsefelleskap. Hentet 3.november.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap>.

## Sammenfatning

KS etablerte *KSF Vest-piloten* for å prøve ut KSF som regional og lokal struktur for samarbeid mellom kommuner og UH- og instituttsektoren om forskning og kunnskapsutvikling ut fra kommunenes kunnskapsbehov, og for å utvikle metoder som støtter kommunene til kunnskapsbaserte beslutninger og praksis. Bergen kommune har i perioden vært vertskommune for det regionale samarbeidsorganet og regional pådriver for KSF Vest. Gjennomgangen viser at det i pilotperioden er etablert fire kommuneklynger i regionen. Det er gjennomført to prosjekter for etablering av modeller for kunnskapsstøttesystemer, og flere forskningsprosjekter på klyngenivå.

Det er tydelig at både klynger og kommuner har ulikt utgangspunkt for forskningssamarbeid. Klyngene i Stavangerregionen og Bergensregionen (*Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* og *Sør-Rogaland-klyngen*) har kunnet basere seg på det vi vil beskrive som ressurssterke motorkommuner (bykommuner) med både kompetanse og ambisjoner om å være pådrivere for regionalt forskningssamarbeid.

*FOUSAM* (Helse Fonna HF-regionen) og *Helse- og omsorgsutvalet* (i gamle Sogn og Fjordane) har inntatt en annen rolle basert på et mer begrenset utgangspunkt. Gjennom arbeidet med denne evalueringen har flere informanter understreket at kommuner vil måtte ta ulike roller i forbindelse med forskning, og vi drøfter dette videre i kapittel 4 og 5. Tematisk er piloten innrettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, *mens KSF-pilot Midt* omfatter flere sektorer (se omtale punkt 3.3 nedenfor).

## 3.3 KSF-pilot Midt

KSF-pilot Midt er i en svært tidlig fase. Det er ikke etablert noe fast kunnskaps- eller forskningssamarbeid på regionalt nivå, og det er ikke etablert noen kommuneklynger.

### Det regionale nivået

Organiseringen av *KSF-pilot Midt* utgjøres av en prosjektgruppe i Trondheim kommune bestående av tre personer, hvor én er prosjektleder i *Universitetskommunesamarbeidet TRD 3.0* (se nedenfor), én er rådgiver i oppvekstdirektørens stab og én person er i en prosjektbasert koordinatorstilling. Prosjektlederen fra Universitetskommunesamarbeidet har kun en mindre andel av sitt arbeid knyttet til KSF. Koordinatorstillingen var i perioden desember 2022 til juni 2023 besatt av en konsulent fra Sintef i en 30 prosent stilling. Vedkommende som startet i koordinatorstillingen i juni 2023 har hatt fullt virke fra og med rundt oktober 2023. I likhet med KSF Vest-piloten har KS finansiert KSF-pilot Midt med tilskudd til Trondheim kommune som pådriver for KSF i regionen.

Personene i prosjektgruppa har i hovedsak arbeidet for å mobilisere kommuner og regionale aktører for fremtidig implementering av KSF-strukturer i regionen siden oppstarten rundt nyttår 2022.

### Universitetskommunesamarbeidet TRD 3.0

Arbeidet med KSF-pilot Midt har i hovedsak tatt utgangspunkt i *Universitetskommunesamarbeidet TRD 3.0*, som er et samarbeid mellom Trondheim kommune og NTNU. Samarbeidet er ikke formelt sett en del av KSF-piloten, men sentrale aktører, blant annet en prosjektleder fra *TRD 3.0* og øverste administrative ansvarlige i kommunen, har hatt viktige roller i KSF-pilot Midt.

*TRD 3.0* startet i 2018. Det ble fra 2019 ansatt fem prosjektledere, som hver har delt stilling mellom NTNU og Trondheim kommune. Hver prosjektleder har to ledere, én dekan ved NTNU og én direktør i kommunen. Prosjektledernes ansvar er inndelt etter sektor eller innsatsområder, henholdsvis i) helse og velferd, ii) oppvekst- og utdanning,

byutvikling og kultur,<sup>35</sup> iv) innovasjon og omstilling og v) et uformelt nettverk for erfaringsdeling om universitetskommunesamarbeid, kalt *Unikom*. Trondheim kommune og NTNU deler likt på utgifter til lønn og drift for de fem prosjektlederne.

Innsatsområdet *Unikom* skiller seg noe fra de øvrige ved at det ikke har egne forskningsprosjekter, men skal arbeide utadrettet, særlig ut mot kommunene for å dele erfaringer med såkalte universitetskommuneavtaler.<sup>36</sup> I dette arbeidet har *TRD 3.0* ikke vært begrenset til Trøndelag, men har arbeidet nasjonalt, det vil si at de har vært i kontakt med kommuner og forskningsmiljøer med erfaring fra eller interesse for universitetskommunesamarbeid i hele landet. Arbeidet består også i å arrangere den årlige nasjonale konferansen *Arena Unikom* samt dialog opp mot Kommunal- og distriktsdepartementet og Forskningsrådet for å fremme kommunen som forskningsaktør.

### Utvikling av KSF-pilot Midt

Utgangspunktet for *KSF-pilot Midt* var en bestilling fra KS juli 2022 om at Trondheim kommune skulle påta seg ansvar som motorkommune for å danne en forskningsstruktur mellom kommunene i regionen.<sup>37</sup> Det var ønskelig fra KS sin side at strukturen ikke skulle være tematisk avgrenset til helse- og omsorg, men i prinsippet dekke alle kommunale sektorer.

To av prosjektlederne som jobber med *TRD 3.0*, gikk våren 2022 sammen i en prosjektgruppe for å utforske hvordan de andre kommunene i Trøndelag kan inngå i et bredere samarbeid under en KSF-paraply. Tematisk har piloten blitt innrammet i *folkehelse* og *sosial bærekraft*, som da omfatter flere sektorer i kommunen. KS har finansiert KSF-pilot Midt med en koordinatorstilling til arbeidet i Trondheim kommune, først fra medio 2022 til medio 2023, og deretter på nytt fra høsten 2023. Den nåværende koordinatorstillingen varer ut 2023.

Som en del av arbeidet med utviklingen av KSF-pilot Midt inngår også kommunedirektørens ledergruppe som et styrende ledd. *Partnerskap for forskning og innovasjon i offentlig sektor i Trøndelag* har fungert som referansegruppe (omtales nedenfor).

Fortsatt er det kun Trondheim kommune og NTNU (siden stillingene i prosjektgruppen er delt) som har personer som formelt sett kan sies å være en del av KSF-pilot Midt. Prosjektgruppen er i dialog med flere kommuner om fremtidig deltakelse, deriblant Namdalen, Innherred og Fosen, Oppdal og et samarbeid i Møre og Romsdal.

Det har vært dialog med Møre og Romsdal-samarbeidet, som drives av Møre og Romsdal fylkeskommune, om muligheter for å starte opp aktiviteter som en del av KSF-piloten høsten 2023. Det ble i løpet av høsten 2023 besluttet at man skulle avvente dette for å avklare mulig finansiering fra staten og KS.

Selv om det ikke er etablert et eget regionalt KSF-ledd, er KSF-pilot Midt, siden bestillingen kom i 2022, blitt regelmessig drøftet i enkelte regionale fora, blant annet i det regionale samarbeidet *Partnerskap for forskning og innovasjon i offentlig sektor*, som har fungert som referansegruppe. Partnerskapet er et samarbeid mellom Statsforvalteren i Trøndelag, Trøndelag fylkeskommune, Forskningsrådet region Trøndelag og KS Trøndelag. Målet med partnerskapet er at Trøndelag skal være ledende i Norge til å ta i bruk forskning og innovasjon i offentlig sektor.<sup>38</sup> Som en del av partnerskapet har man etablert såkalte *FoUI-kontakter* i alle kommunen i Trøndelag. Partnerskapet er i tillegg organisert i et styrende ledd med underliggende arbeidsutvalg, og blir av flere av informantene vur-

---

<sup>35</sup> Denne dekker to ulike avdelinger i kommunen.

<sup>36</sup> Disse omtales også som kunnskapskommuneavtaler.

<sup>37</sup> Initiativet kom opprinnelig i 2020, men på grunn av korona-pandemien ble det ikke igangsatt aktiviteter.

<sup>38</sup> Mandat for Partnerskapet for forskning, utvikling og innovasjon i offentlig sektor for Trøndelag, februar 2022. Hentet 3. november 2023 fra <https://www.ks.no/contentassets/82b4d1f1d5774ea69c70382cab323b60/MandatFebruar22.pdf>.

dert til å være et aktuelt utgangspunkt for en regional struktur. Det er imidlertid ikke tatt noen beslutning om dette.

Foreløpige aktiviteter i piloten har omhandlet forankring og mobiliseringsarbeid av KSF blant kommunene i Trøndelag og sentrale regionale aktører. Prosjektgruppen for piloten hadde på evalueringstidspunktet vært i kontakt med alle kommunene, representanter for de sju interkommunale politiske rådene og kommunene som har allerede etablerte universitetskommunesamarbeid i dag. Dialogen har langt på vei dreid seg om «å finne ut av og synliggjøre verdien» av KSF for kommunene.

Som en del av arbeidet har prosjektgruppen, i samarbeid med KS Trøndelag, gjennomført en spørreundersøkelse om kunnskapsbehov blant alle kommunedirektører og kommunalsjefer i Trøndelag. Prosjektgruppa har vært i hyppig kontakt med *KSF Vest-piloten* for å utveksle erfaringer, og har hatt tett dialog med KS Trøndelag, Trøndelag fylkeskommune og Statsforvalteren i Trøndelag om etableringen, blant annet gjennom det nevnte *Partnerskapet for forskning og innovasjon i offentlig sektor*.

Prosjektgruppen for *KSF-pilot Midt* har utarbeidet en rapport om pilot-arbeidet frem til juni 2023 (Prosjektgruppe KSF-pilot Midt, 2023). I denne rapporten framkommer en anbefaling fra konsultasjonsprosessen i fylket om at Trøndelags-kommunene skal være en kommuneklynge, med Trondheim kommune som motorkommune. I den første fasen i det videre arbeidet ser man for seg «sosial bærekraft», «folkehelse» og «lokale forhold» som tematiske innganger. Man ser videre for seg at KSF videreutvikles i samarbeid med de sju interkommunale politiske rådene, helseleder- og oppvekstledernetverkene, Kompetansepilottene og Partnerskap for FUol i offentlig sektor Trøndelag (med nettverket av FoU-kontakter). Siden rapporten ble ferdigstilt, har de fleste aktiviteter i regi av piloten blitt satt på vent i påvente av videre avklaringer, herunder videre finansiering av KSF.

### **Andre universitetssamarbeid og interkommunale samarbeid i regionen**

Ettersom *KSF-pilot Midt* er i en mobiliseringsfase der prosjektgruppen prøver å etablere strukturer, ble det i intervjuene også snakket om andre universitetssamarbeid og interkommunale strukturer i regionen. I tillegg til *TRD 3.0* er det etablert to andre universitetskommunesamarbeid i regionen, *Universitetsregionen Innherred* og *Universitetskommunen Oppdal*.

*Universitetsregionen Innherred* er et samarbeid mellom Nord universitet, NTNU, Steinkjer og Levanger kommune og instituttene Sintef og NIBIO. Aktørene som deltar i *Universitetsregionen Innherred* samarbeider både om forskning og utdanning. Tematisk er samarbeidet sektorovergrepene.<sup>39</sup>

*Universitetskommunen Oppdal* er et samarbeid med NTNU, og med basis i denne er det gjennomført et hundretalls forsknings- og utviklingsprosjekter. Nær samtlige fakulteter ved NTNU er involvert i ett eller flere prosjekter, og prosjektene spenner tilsvarende bredt over sektorene i kommunen – med tematikk knyttet til økonomi, pedagogikk, arkitektur og teknologi ved siden av helse og omsorg. Kommunen har ikke noe overordnet FoU-samarbeid med andre kommuner.<sup>40</sup>

Utover disse samarbeidene, finnes det i Trøndelag svært mange andre interkommunale samarbeid. Totalt er det rapportert om 289 interkommunale samarbeid i regionen, noe som i gjennomsnitt utgjør 35 samarbeid i hver kommune (NIVI Rapport 2021:1). Samarbeidene er i svært liten grad knyttet til samarbeid om forskning og utdanning. Den regionale rådsstrukturen ligger dels til grunn for mange av samarbeidene.

---

<sup>39</sup> Gjelder både i) oppvekst og utdanning, ii) helse, velferd og folkehelse, iii) bio- og sirkulærøkonomi, studiestedsutvikling og samfunns- og næringsutvikling. Ytterligere beskrivelser finnes her: <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/samarbeid-mellom-kommuner-og-universitet/de-enkelte-samarbeidene/universitetsregionen-innherred/>

<sup>40</sup> Framstillingen her er i hovedsak basert på et intervju med ordfører i Oppdal, som har permisjon fra en professorstilling innen folkehelse ved NTNU for å skjette ordførervervet.

## Møre og Romsdal

I Møre og Romsdal er man i en tidlig fase med å etablere en kommuneklynge som man ser for seg tilknyttet region Midt. Utgangspunktet er at man ser et behov for å samarbeide mer med UH- og instituttsektoren for å styrke kommunene i regionen. Informanten her opplyser at det foreløpig mangler en struktur, men at man har kontaktet *TRD 3.0* for å utforske hvordan man kan etablere en samarbeidsarena innenfor en KSF-ramme.

Informanten opplyser at man ser for seg å basere videre utvikling av KSF i regionen på *Møre og Romsdal 2025-programmet*, som er et program der offentlig sektor med ansvar for Møre og Romsdal samarbeider for å styrke regionen. Fylkeskommunen er program-eier og samarbeider med kommunene i fylket, statsforvalteren og andre statlige aktører.<sup>41</sup>

Det er ikke noen pågående prosjekter i regi av samarbeidet, men tematisk indikeres det at man vil følge temaene nedfelt i *Møre- og Romsdal 2025: Bærekraft, digitalisering og utenforskap*.

## Sammenfatning

Som nevnt innledningsvis i denne seksjonen, er *KSF-pilot Midt* i en svært tidlig fase. Det er ikke etablert noe fast kunnskaps- eller forskningssamarbeid på regionalt nivå, og det er ikke etablert noen kommuneklynger.

Det viktigste trekket er at KSF-pilot Midt skiller seg fra *KSF Vest-piloten* ved at man allerede fra starten av har ambisjoner om at organiseringen skal omfatte flere sektorer enn kun helse og omsorg.

## 3.4 Region Sør-øst: Kommunesamarbeid i Agder-regionen

I Agder er det etablert flere strukturer for interkommunalt FoU-samarbeid.<sup>42</sup> Det viktigste er *Overordnet samarbeidsorgan*, som er et formalisert samarbeid mellom kommunene i Agder, Sørlandet sykehus HF og Universitetet i Agder for samarbeid innen forskning, utdanning og innovasjon på helseområdet. Det er topplederne som representerer partene i samarbeidet, og det er utarbeidet et felles strategidokument.

Samarbeidsorganet inngår i det såkalte *#vårtagder*, som er et samlende begrep for alle aktiviteter som innebærer regional samhandling på tvers av sektorer og fagområder, og som er forankret i *Regionplan Agder 2030*.<sup>43</sup> Regionplanen omfatter fem tematiske områder – by- og distriktsutvikling, verdiskaping og bærekraft, utdanning og kompetanse, transport og kommunikasjon samt kultur.

*Overordnet samarbeidsorgan* har en egen faggruppe for analyse som ledes av forskningssjefen i Kristiansand kommune og en fagdirektør på *Sørlandet sykehus HF*. Gruppen har søkt og mottatt forskningsmidler fra *Helse Sør-Øst RHF* og samarbeider tett med *Helse Sør-Øst RHF* og *Senter for omsorgsforskning*.

*Senter for forskning på folkehelse og levekår* ved Universitetet i Agder er opprettet som et treårig prosjekt med universitetet som prosjekteier. En felles oppfordring fra Kristiansand kommune, Agder fylkeskommune, Sørlandet sykehus og Sørlandets kompetansefond var utslagsgivende for opprettelsen.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> *Møre og Romsdal 2025*. Hentet 27. oktober 2023 fra <https://mrfylke.no/om-oss/prosjekta-vaare/moere-og-romsdal-2025>.

<sup>42</sup> Framstillingen her er i hovedsak basert på et intervju med forskningssjef i Kristiansand kommune.

<sup>43</sup> Hentet 23. oktober 2023 fra <https://agderfk.no/vare-tjenester/regionplan-agder-2030/vartagder/regional-struktur-for-samhandling-i-agder/> og <https://agderfk.no/vare-tjenester/regionplan-agder-2030/hva-er-regionplan-agder-2030/>.

<sup>44</sup> Hentet 23. oktober 2023 fra <https://www.uia.no/senter-og-nettverk/senter-for-forskning-paa-folkehelse-og-levekaar>.



Flere utviklingsprosjekter gjennomføres i regi av *Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder* (RKG e-helse). Gruppen ble etablert i 2016 av den daværende rådmannsgruppa for regionplan Agder.<sup>45</sup>

Vår informant, som er forskningssjef i Kristiansand kommune, opplyser at Kristiansand kommune i noen grad har en rolle tilsvarende KSF-modellens motorkommune. Bakgrunnen var at kommunen var forespeilet midler fra KS til å etablere KSF-aktivitet og hadde etablert strukturer for samarbeid med alle regionråd i Agder. Dette arbeidet ble stanset da KS ved påsketider 2022 meldte at det likevel ikke ville bli bevilget penger til dette formålet. Siden har man fortsatt å videreutvikle det regionale samarbeidet, men uten å bruke KSF-modellen som mal.

Vi får også opplyst at både Kristiansand kommune og Grimstad kommune er vertskommuner for Universitetet i Agder og har en aktiv rolle i FoU-samarbeid om helse, særlig e-helse. Også de ni kommunene i Østre Agder – med Arendal kommune i en pådriverrolle – har inngått et forskningssamarbeid med Universitetet i Agder.

Kristiansand kommune ble av *Rådmannsutvalget Agder* (nå *Kommunedirektørutvalget*) i 2019<sup>46</sup> bedt om å utrede hvilken rolle Agder kan og bør ta i organisering av KSF innen helsefag. Basert på vedtak i kommunedirektørens ledergruppe og senere i *Kommunalt overordnet strategisk samarbeid* er det blitt avklart at Kristiansand kommune påtar seg en rolle som motorkommune for Agder, men begrenser rollen som regionalt samarbeidsorgan til allerede etablerte samarbeidsstrukturer i Agder i form av *Overordnet samarbeidsorgan* der alle kommunene i Agder, Agder fylkeskommune, Sørlandet sykehus og Universitetet i Agder deltar.

## 3.5 Region Nord: Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord og Bodø kommune

Det har i region Nord ikke vært utprøvd en KSF-pilot som sådan. Derimot har Lofoten-kommunene inngått et forskningssamarbeid med UH-institusjoner og instituttsektor i regionen i tråd med KSF-modellen slik det ble foreslått av arbeidsgruppen som utarbeidet KSF-rapporten. Under omtaler vi dette initiativet, samt FoU-aktiviteter i Bodø kommune.

### 3.5.1 Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord

Det som i dag er organisert og betegnet som *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* (heretter *Kunnskapskommunen*) er en kommuneklynge for kunnskaps- og forskningssamarbeid blant Lofoten-kommunene (Røst, Værøy, Moskenes, Flakstad, Vågan og Vestvågøy) og forskningsinstitusjonene Universitetet i Tromsø og Nord universitet. Vestvågøy er motorkommune. Tematisk er *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* innrettet mot praksisnær helse- og omsorgsforskning.

Kunnskapskommunen har status som et prosjekt med en prosjektleder. Vedkommende har ph.d.-kompetanse. Det samme har hennes leder, enhetsleder for forskning, utvikling og innovasjon hos Vestvågøy kommune, som også har en bistilling ved *Senter for omsorgsforskning* ved UiT. Vestvågøy er for øvrig også vertskommune for UHST i regionen.

---

<sup>45</sup> Hentet 23. oktober 2023 fra <https://www.ehelseagder.no/om-oss/>.

<sup>46</sup> Det henvises til Rådmannsmøtet 8. november 2019, sak 19/31.

## Organisering

Kunnskapskommunen er organisert i tre nivåer: en styringsgruppe, en kommunegruppe og det som kalles kommunenettverket. De tre nivåene representerer det man tradisjonelt kan forstå som strategiske, taktiske og operative ledd.

Styringsgruppa (nivå 1) består av kommunedirektøren fra motorkommunen, leder av regionrådet, forskningsansvarlig ved partnerinstitusjonen *Senter for Omsorgsforskning Nord* (ved UiT) og forskningsdekanen ved *Fakultet for sykepleie- og helsevitenskap* (Nord Universitet). Styringsgruppas rolle er å ivareta de overordnede og strategiske hensynene i partnerskapet. Det er bestemt at partene skal delta i gruppa med den øverste administrative lederen. Gruppa møtes to ganger i året og ledes av Vestvågøy kommune.

På nivå 2 finner vi det som kalles kommunegruppa, hvor kommunalsjefene for helse- og omsorgssektoren i kommunene er representert. Kommunegruppas overordnede funksjon er å være en arena for å utvikle kunnskaps- og forskningssamarbeidet mellom kommunene, med fokus på å avdekke behovene og hvilke muligheter som finnes for kunnskapssamarbeid. Kommunegruppa møtes fire ganger i året.

På nivå 3 finner vi det som kalles kommunenettverk. Kommunennetteverket består av ulike arbeidsgrupper og fagnettverk som møtes og/eller gjennomfører ulike kunnskaps- eller forskningsaktiviteter. Arbeidsgruppene består av fagpersoner fra deltakerkommunene, avhengig av hva som er formålet med den aktuelle arbeidsgruppen. Arbeidsgruppene arrangerer nettverkssamlinger tre ganger i året hvor man har formidlet forskning, både i form av kunnskapsoppsummeringer og andre forskningsresultater.

## Etablering og implementering

*Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* ble igangsatt i 2019, nærmest som en direkte følge av anbefalingene fra KSF-rapporten (KSF, 2019). Rapporten har i høy grad blitt brukt som en mal for organiseringen. Det var Vestvågøy kommune som var initiativtaker. Sammen med de andre Lofoten-kommunene søkte de om midler til etableringen av nettverket.

Vestvågøy og de andre kommunene har behandlet KSF-rapporten som en bestilling – eller «oppskrift» – på hvordan man kan etablere en forskningsstruktur med utgangspunkt i kommunene. Lofoten-kommunene er i så måte nærmest en blåkopi av beskrivelsen av kommuneklyngene i KSF-rapporten (KSF, 2019).

Implementeringen av samarbeidet har tatt utgangspunkt i en nedenfra-og-opp-tilnærming og er basert på nettverksteori om frivillig tilpasning. Det har vært sentralt i utviklingen av samarbeidet at kommunene selv har kunnet definere hvor ofte de skal møtes og hva innholdet skal være. Vestvågøy kommune har fungert som fasilitator. Vestvågøy har for øvrig vært i tett kontakt med *KSF Vest-piloten* og Kunnskapskommunen HelseOmsorg Vest for å få innspill og dele erfaringer.

## Finansiering

Kunnskapskommunen har fått finansiering fra Statsforvalteren i Nordland som et tjeneste- og innovasjonstilskudd over tre år (2020–2022). Kommunene bidrar også med egen tid og tar enkelte mindre utgifter, blant annet til eksterne foredrag. På grunn av underforbruk som følge av pandemi og vakant legestilling har prosjektperioden blitt forlenget.

Det er ikke avklart finansiering av samarbeidet utover prosjektmidlene. Nåværende prosjektmidler vil være brukt opp i løpet av 2023. Det er uklart hva konsekvensene av manglende finansiering vil være for det framtidige samarbeidet. Vi har ikke fått informasjon om at kommunene selv eller andre aktører har planer om å finansiere videre prosjektadministrasjon eller dekke kostnader knyttet til nettverkssamlingene.

## Aktiviteter og resultater

Utover at etableringen av samarbeidet om *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* i seg selv er et resultat av prosjektet, har samarbeidet også bidratt til ulike forsknings- og kunnskapsaktiviteter.

*Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* samarbeider med flere UH-institusjoner og forskningsinstitutter i ulike prosjekter (på nivå 3), blant annet Universitetet i Oslo, Nordlandsforskning, Møreforskning, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og OsloMet.

Tematikken i prosjektene omfatter legemiddelbruk for utviklingshemmede, måltider på sykehjem, veiledning av sykepleiere, digitalisering av helsetjenester, hverdagsrehabilitering og finansieringsmodeller i kommunehelsetjenesten. Flere av prosjektene har fått innvilget kvalifiseringsstøtte fra Regionalt forskningsfond Nordland, Statsforvalteren i Nordland og Forskningsrådet.

I 2021 fikk Vestvågøy kommune sin første offentlige ph.d.-kandidat. Vedkommende forsker på ressursfordeling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i et prosjekt som utføres i et samarbeid mellom Vestvågøy kommune og Nord universitet.

### 3.5.2 Bodø kommune

Vi omtaler Bodø kommune her fordi kommunen har vært representert i den nasjonale samarbeidsgruppa for KSF, og fordi kommunen har en interessant portefølje av innovasjonsaktiviteter.

Helse- og omsorgssektoren i Bodø kommune har siden 2019 opparbeidet en prosjektportefølje innenfor kunnskapsbasert tjenesteinnovasjon.<sup>47</sup> En sentral komponent i denne satsingen er etablering av e-helselaboratoriet Linken i Nordlandssykehusets lokaler. Næringslivsaktører og andre som ønsker å teste ut en e-helseløsning i samspill med utstyr og arbeidsprosesser, kan henvende seg til Inovacare,<sup>48</sup> som drifter laboratoriet og bistår i testingen. Flere e-helseløsninger har blitt tatt i bruk i kommunen etter uttesting i Linken.

En viktig samarbeidspartner er Nordlandssykehuset HF. Det samarbeides også med enkelte nabokommuner i ulike enkeltprosjekter, og enkelte prosjekter breddes ut til nabokommuner gjennom Helsefellesskapet. Det arbeides for å etablere Bodø som en motorkommune i en klynge i en framtidig KSF-utvidelse.

Videre leder Bodø kommune digitaliseringssamarbeid gjennom Diginordland. Diginordland har etablert fem regionale samarbeid – Digitale Helgeland, DigiVesterålen, Lofoten IKT, Narvikregionen samt *Ett digitalt Salten*, hvor Bodø kommune deltar.<sup>49</sup>

Vår informant opplyser at satsingen har fokusert primært på innovasjon, og i mindre grad på forskning. Men Inovacare har sammen med Nord universitet utviklet et helseinnovasjonkurs ved Nord universitet som gir fem studiepoeng.

Informanten forteller videre om at representanter for kommunen deltok i det innledende arbeidet med å etablere KSF. Denne prosessen anses for å ha vært nyttig for å beskrive behov og en mulig rigg, men det ble vanskelig å følge opp satsingen da KS satte prosessen på vent.

---

<sup>47</sup> Framstillingen her er i all hovedsak basert på et intervju med avdelingsdirektøren for Helse- og omsorgsavdelingen i Bodø kommune.

<sup>48</sup> Inovacare er et samarbeid mellom Bodø kommune, Nordlandssykehuset HF og KPB (Kunnskapsparken Bodø AS). KPB eies i sin tur av ulike næringslivsaktører, Nordland fylkeskommune og SIVA Selskapet for industrivekst. Hentet 23. oktober 2023 fra <https://www.inovacare.no/> og <https://www.kpb.no/>.

<sup>49</sup> Hentet 23. oktober 2023 fra <https://diginordland.no/>.

### 3.5.3 Sammenfatning; Regionene Sør-øst og Nord

Det som særpreger kommunesamarbeidet i Agder, er at FoU-aktivitetene ikke er avgrenset til helse og omsorgssektoren. Men det er også verdt å legge merke til at man ikke følger en streng klyngestruktur, men at FoU-aktivitetene (ennå) later til å være inkorporert i allerede eksisterende samarbeidskonstellasjoner og -organer.

*Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* (med Vestvågøy som motorkommune) har – som navnet indikerer – et rendyrket helse- og omsorgsfokus. Her er det interessant å observere at man har fått etablert en klyngestruktur uten at det har vært noe regionalt KSF-organ til å «dra lasset».

I Bodø kommune observerer vi at man driver utstrakt utviklingsarbeid uten at man har noen egen forskningsportefølje.

## 4 Gjennomgang av våre funn og resultater

Med utgangspunkt i beskrivelsene og observasjonene i forrige kapittel gjennomgår og diskuterer vi i det følgende de funn og resultater som har framkommet i intervjuene, og med støtte i dokumenter og litteratur. Vi tar først for oss de spørsmål og tema som angår det nasjonale nivået, og fortsetter med det regionale nivået, klyngenivået og kommunenivået. Til slutt drøfter vi et spørsmål om lovfesting av utvidet plikt til forskning i kommunen, samt problemstillingen om KSFs mulige bidrag til utvikling av praksisnære utdanningstilbud.

Primært er det informantenes vurderinger som gjengis her. Vi gir våre vurderinger av flere av de tema og spørsmål som behandles her, i kapittel 5, i samband med utledning av våre konklusjoner og anbefalinger.

### 4.1 Det nasjonale nivået – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

I dette delkapitlet går vi nærmere inn på funn og resultater knyttet til nasjonalt nivå. Diskusjonen knyttet til det nasjonale nivået tar utgangspunkt i at det i dag ikke eksisterer et nasjonalt organ, men at det er aktivitet av nasjonal karakter som beskrevet i punkt 3.1. Vi beskriver funn knyttet til interessepolitisk arbeid, erfaringsutveksling, utjevning mellom kommuner, koordinering av forskningsaktivitet og lovpålagt FoU.

#### Interessepolitisk arbeid mot nasjonale aktører

Mange informanter etterlyser et nasjonalt KSF-ledd som kan bidra til at kommunene har en stemme nasjonalt, som kan fremme betingelser for at kommunene skal lykkes i dialog med andre nasjonale aktører slik som departementer og Forskningsrådet. Informantene gir uttrykk for at kommunene savner en nasjonal stemme i den forskningspolitiske debatten.

KS har allerede en interessepolitisk rolle for kommunesektoren knyttet til forskning. KS utvikler interessepolitiske posisjoner om forskning og innovasjon gjennom systematisk medlemsdialog, blant annet gjennom dialog med aktørene i KSF-piloten og det rådgivende organet *Strategisk råd for innovasjon og forskning*. Vår tolkning av intervjuene er at den eksisterende interessepolitiske aktiviteten til KS ikke ivaretar de forskningspolitiske behovene som har framkommet gjennom arbeidet i KSF på klyngenivå og regionalt nivå.

#### Erfaringsutveksling

Det praktiske mobiliserings- og veiledningsarbeidet foregår på regionalt nivå. Men flere informanter etterlyser et fungerende nasjonalt nivå for erfaringsutveksling. Det er en oppfatning om at manglende koordinering av regioner og klynger har gjort at arbeidet har mistet kraft, og mange informanter påpeker at i arbeidet med å videreutvikle KSF vil det være en rekke utfordringer som vil gjelde på tvers av regioner. Det kan være med hensyn til å etablere nye klynger, mobilisere kommuner og øvrige erfaringer knyttet til kommuners rolle og deltakelse i KSF-strukturen. Både i kommuneklynger og på regionalt nivå arbeides det med hvordan man kan møte disse utfordringene.

#### Koordinering av regional og kommunal forskningsaktivitet

Både i intervjuer og i arbeidsverkstedet ble vi fortalt at det nasjonale leddet har en rolle i å veilede i hva som er relevant og aktuelt å forske på. Tanken synes å være at en oversikt på nasjonalt nivå over forskningsprosjekt som involverer kommuner kan bidra til mer rasjonell, målrettet og koordinert forskningsinnsats.

Andre informanter påpeker imidlertid at forskningsmiljøene har betydelig bedre oversikt over hva det tidligere er forsket på enn det kommunene har. Man kan tenke seg at forskere med kjennskap til kunnskapsstatus på sitt fagfelt vil kunne bistå kommunene i hva som finnes av tidligere forskning.

Til dette innvender atter andre informanter at det er utfordrende for kommunene å få god nok bistand til å ta forskningsforslag videre på denne måten. Dersom et gitt tema ikke er interessant for forskningsmiljøet en henvender seg til, stopper prosessen opp. Ut fra dette kunne en se for seg at en form for nasjonal distribusjon av forskningsresultater kunne bidra til bedre oversikt for kommunene. I punkt 5.2.4 drøfter vi muligheten for at KSF nasjonalt får ansvar for å etablere og forvalte en nasjonal database og/eller portal for FoU- aktiviteter i regi av kommunene.

## 4.2 Det regionale nivået

I dette punktet går vi nærmere inn på funn og resultater knyttet til det regionale nivået.

### 4.2.1 Erfaringer med etablering av strukturer

Våre informanter i *KSF Vest-piloten* forteller at det var relativt opplagt hvilke strukturer man skulle bruke for å etablere kommuneklyngene i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* (Bergensregionen) og *Sør-Rogaland-klyngen* (Stavangerregionen). I *FOUSAM* (Helse Fonna HF-regionen) og *Helse og omsorgsutvalet* (Sogn og Fjordane) har man tatt i bruk strukturer som i utgangspunktet ikke driver med forskning.

Informantene i region Midt er samstemte om at et regionalt KSF-ledd burde bygges på de allerede etablerte strukturene i fylket. Her nevnes både *Partnerskap for forskning og innovasjon i offentlig sektor* samt regionrådsstrukturen, som tar utgangspunkt i de sju interkommunale politiske regionene. Begge strukturene har nivåer med styrende og taktiske ledd, som blant annet har blitt benyttet til innføring av Helseplattformen. Det er ikke tatt en endelig beslutning på hvilke av dem som skal benyttes til hva.

Det finnes per i dag intet formalisert regionalt KSF-ledd i Agder eller i det som kunne være Region Sør-øst i en KSF-struktur. Så vidt vi kjenner til, er det trolig gjort et forarbeid til etablering av en slik struktur i forbindelse med planleggingen knyttet til bruk av de forespeilede prosjektmidlene som da likevel ikke ble tildelt i 2022.

Eksisterende relevante strukturer som kan benyttes til framtidig etablering av regional KSF-organisering omfatter *Overordnet samarbeidsorgan* og dets forankring i det regionale samarbeidet *#vårtagder* basert på *Regionplan Agder 2030*. Det er også inngått formalisert samarbeid mellom Universitetet i Agder og kommunene Grimstad og Kristiansand som inngår i universitetsbysamarbeidet som KS har publisert.<sup>50</sup>

Det er uklart hvorvidt det finnes eksisterende strukturer i region Nord som er egnet til å bruke som et regionalt KSF-ledd, det være seg innen helse eller andre sektorer. De to informantene som vi har intervjuet, synes det er mest aktuelt å danne nye strukturer. Hovedbegrunnelsen er at det per i dag ikke foreligger strukturer som springer ut fra kommunenes behov, og som samtidig er sektoroverskridende.

### **Arbeidsdelingen mellom de regionale samarbeidsorganene og fylkeskommunen som regional utviklingsaktør?**

Enkelte informanter påpekte potensialet for rolle- og ansvarskonflikt mellom regionale KSF-ledd og fylkeskommunene som regionale utviklingsaktører. Spesielt fylkeskommu-

---

<sup>50</sup> *Universitetsbyen Kristiansand*. Hentet 2. november 2023 fra <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/innbyggedialog-og-frivillighet/universitetsbyen-kristiansand/Universitetsbystrategien/>.

nenes ansvar for Regionale forskningsfond<sup>51</sup> nevnes som en mulig kilde til uklarhet og motsetninger. KSF-rapporten (KSF, 2019) drøfter i liten grad fylkeskommunenes rolle i KSF-strukturene, trolig fordi den har et så vidt snevert helse- og omsorgsperspektiv, og fylkeskommunenes sektoransvar her er begrenset til tannhelsetjenester.

## 4.2.2 Samarbeid med andre aktører på regionalt nivå

### KSF Vest-piloten

Flere informanter påpeker at det eksisterer flere strukturer med tilgrensende roller, men ingen av dem mener de andre strukturene kan erstatte KSF-strukturen. Flere informanter viser til USHT-ene, som de mener ikke vil ivareta formålet med KSF i form av å gi kommunene et tydelig mandat til selv å definere kunnskapsbehovene. Både USHT-er og *Senter for omsorgsforskning* arbeider ut fra et statlig mandat.

Som beskrevet i kapittel 2, er *FORREGION kommune Vestland* et tilbud for å hjelpe kommunen i gang med forskning. Tiltaket ser ut til å ha et formål som i stor grad sammenfaller med KSF Vest piloten, altså å styrke kommunenes rolle som premissgiver for forskning. Ingen av informantene viser imidlertid til samarbeid med Vestland fylkeskommune.

Mange informanter understreker at det er utfordrende å forholde seg til mange strukturer, og at det er behov for koordinering av USHT-er og *Senter for omsorgsforskning*. Noen informanter sier også at jo flere strukturer, jo vanskeligere er det for mindre kommuner å delta. Flere påpeker at disse strukturene gir tilgang på relevant kompetanse som bør utnyttes selv om de ikke driver med forskning. De er også ofte fysisk representert ved de samme kunnskapsklyngene der kommunens ansatte sitter, slik at forholdene vil ligge til rette for samarbeid. Ikke minst påpekes det at USHT-ene og *Senter for omsorgsforskning* har betydelig bedre finansiering.

Både USHT og *Senter for omsorgsforskning* inngår i KSF Vest-samarbeid i dag. Flere av våre informanter som er sentralt plassert i KSF Vest-piloten etterlyser likevel et slikt samarbeid.

### KSF-pilot Midt

Det synes å være en felles oppfatning og ønske blant våre informanter om at *KSF-pilot Midt* skal utvikles som en felles støttestruktur til de allerede eksisterende samarbeidskonstellasjonene i regionen. I tillegg til det nevnte partnerskapet omfatter Trøndelag sju interkommunale politiske regioner som blir vurdert av aktørene som er involvert i KSF-piloten, som et mulig utgangspunkt for en framtidig klyngestruktur. En mulighet som ble nevnt i intervjuene, er å starte med et mindre utvalg av disse. En annen mulighet som ble nevnt, er én felles klynge ved oppstart der kommuner fra alle de sju regionene har anledning til å delta. For øvrig viser vi til anbefalingene fra prosjektrapporten fra 2023 som vi omtalte ovenfor (punkt 3.3)

### Kunnskapskommunen Helse Omsorg Nord (Vestvågøy kommune)

Informanten fra Vestvågøy mener at dagens samarbeid mellom kommunene, USHT og *Senter for omsorgsforskning* ikke har potensiale for å bygge en KSF-struktur. Dette handler i hovedsak om at aktørenes formål og interesser springer ut av et annet behov enn det som kommunene selv kan definere. *Senter for omsorgsforskning* er en akademisk institusjon, mens USHT får sine oppdrag fra statlige helsemyndigheter (og holder heller ikke på med forskning). Derimot er det en positiv holdning til at disse kan inngå i et samarbeid med kommunene, både på strategisk og operativt nivå. Representanten fra Vestvågøy viser til at det strategiske partnerskapet med *Senter for omsorgsforskning*

---

<sup>51</sup> Regionale forskningsfond (RFF). Hentet 27. oktober 2023 fra <https://www.regionaleforskningsfond.no/>.

ved Universitetet i Tromsø har vært nyttig, både i konkrete forskningsprosjekter og for mer langsiktig utvikling av kommunens rolle som forskningsaktør.

### 4.2.3 Det regionale leddets pådriverrolle

#### Erfaringer fra KSF Vest-piloten

Det regionale samarbeidsorganet i *KSF Vest-piloten* har hatt flere funksjoner. Deler av mandatet er gjengitt i punkt 3.2. Vi referer her til funksjoner og aktiviteter basert på intervjuer og gjennomgang av møtereferater. Basert på møtereferater har det vært behandlet saker om felles utfordringer og muligheter for klyngene. Det er tema som muligheter for finansiering, visjon for hva KSF skal være, orientering om sentrale prosjekter som kan være nyttig å kjenne til og diskusjon om forskernes rolle. En informant fra en kommune som deltar i det regionale samarbeidet, sier det likevel kan være utfordrende å finne konkrete samarbeidsområder ettersom organet kun er rådgivende og ikke skal beslutte noe.

En sentral oppgave har vært å etablere klynger og bygge opp samarbeid mellom klyngene. Flere informanter understreker at den etablerte strukturen er et viktig resultat i seg selv. Flere sier også at med denne strukturen er det bygget en sterkere kultur i de deltagende kommunene for å tenke forskning og en sterkere forståelse for hvordan kommunene kan møte sine utfordringer gjennom forskning.

Spesielt understrekes det at det regionale nivået bør ha en pådriverrolle overfor de mindre ressurssterke klyngene. Flere informanter understreker at de i sine klynger har få ressurser, har få insentiver til å prioritere forskning og begrensede muligheter til å prioritere deltakelse på klynge eller regionalt nivå. På det regionale nivået har man bevisst rekruttert ildsjeler som ønsket å bidra til å bygge opp KSF-strukturen. Dette ble veid tyngre enn å rekruttere ledere ettersom man vurderte at ledere ikke vil ha nok kapasitet til å delta. Flere informanter viser til at samarbeidet mellom klyngene og særlig samarbeidet mellom motorkommunene Stavanger og Bergen fungerer godt.

Det regionale nivået i region Vest har vært sentralt i å tilrettelegge for deling av kunnskap om hvordan man kan jobbe med forskning i kommunene i region Vest. Regionalt har det vært samarbeid om hvordan man kan kartlegge, systematisere og formidle kunnskapsbehov, for eksempel gjennom bruk av portaler for forskningshenvendelser. En informant uttrykker dette som å bygge en meny kommunene kan benytte for å styrke sin evne til å ta i bruk forskning, slik som kurs i hvordan kommunen kan forstå og formidle eget kunnskapsbehov. Det er fortsatt utfordrende å formidle den kunnskapen som utvikles i *KSF Vest-piloten* til mindre kommuner. For mindre ressurssterke klynger har det regionale leddet likevel vært viktig for kunnskapsdeling.

Det regionale nivået har også vært viktig for å spre kunnskap og innsikt fra større prosjekter til de øvrige klyngene, slik som kunnskapsstøttesystemene omtalt i punkt 3.2.

Til sist har man erfart at det regionale leddet i *KSF Vest-piloten* er nødvendig for å løfte kommunenes stemme inn i prosesser som omhandler prioritering av midler til forskning. Noen informanter viser til at forskningssystemet er veldig «top-down», og at det for den enkelte kommune er vanskelig å ha en stemme nasjonalt mot for eksempel Forskningsrådet eller mot departementer.

En informant viser til forskjellene fra spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene er definerte parter som mottar forskningsmidler. I KSF-strukturen blir kommunene små, mens KS sentralt blir for svakt. Det regionale nivået i KSF-strukturen er viktig for å fremme behovene i kommunene slik at nasjonale aktører kjenner behovene, på tilsvarende vis som spesialisthelsetjenesten kan fremme sine behov overfor Helse- og omsorgsdepartementet.



### **Erfaringer fra region Midt**

Det er i dag ikke etablert et eget regionalt ledd i *KSF-pilot Midt*. Erfaringene med etableringen av et slikt ledd er så langt preget av at Trøndelag allerede på «bestillingstidspunktet» hadde flere etablerte regionale samarbeidsstrukturer, blant annet *Partnerskapet for forskning og innovasjon i offentlig sektor*.

Flere av aktørene i region Midt har oppfattet det som utfordrende at KS sentralt, i sitt ønske om å formidle og etablere *KSF-pilot Midt*, ikke forankret denne bestillingen blant de sentrale aktørene i regionen før Trondheim ble tildelt rollen som motorkommune. Dette resulterte i at enkelte oppfattet bestillingen som uklar, spesielt fordi det var usikkert hvorvidt *KSF-pilot Midt* skulle etableres som enda en ny regional struktur.

Konsekvensen av manglende regional forankring synes å ha skapt noe svakt eierskap og engasjement blant enkelte av aktørene. Enkelte av informantene våre påpeker imidlertid at ideen om KSF har modnet hos flere av aktørene i regionen, og at det i dag er en mer positiv holdning. En viktig forklaring, og som de fleste av informantene våre er samstemte om, er at *KSF-pilot Midt* skal etableres ut fra allerede eksisterende strukturer. KSF har vært blant annet blitt drøftet i *Partnerskapet for forskning og innovasjon i offentlig sektor*, men det er ikke avholdt egne møter hvor det utelukkende snakkes om KSF.

Selv om det er uklart på dette tidspunktet hvilken verdi et regionalt KSF-ledd kan ha, er de fleste vi har vært i kontakt med enige om at en sentral funksjon vil være å tydeliggjøre kommunenes felles interesser for forsknings- og kunnskapssamarbeid.

### **Erfaringer fra region Nord**

Blant kommunene i region Nord finner vi få konkrete erfaringer med regionalt forsknings- og utviklingssamarbeid med utgangspunkt i kommunene. Vestvågøy kommune, som deltok i den midlertidige nasjonale KSF-gruppa, var på et tidligere tidspunkt i gang med å utarbeide et regionalt mandat, men arbeidet strandet som følge av at arbeidet i den nasjonale gruppa stoppet opp.

Informantene som er intervjuet blant kommunene i region Nord, er likevel positive til et regionalt nivå slik KSF-rapporten legger opp til. Ettersom det ikke finnes et slikt ledd i dag, mener vår informant, som representerer *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Nord*, at mandatet for et slikt ledd bør være åpent formulert. Det vil si at det bør formuleres noen overordnede prinsipper for å sikre likebehandling av kommunene, samt aktivitetene i hovedsak bør være rettet mot mobilisering av nye klynger og motorkommuner. Denne informanten, som må kunne sies å ha relevant erfaring fra å etablere en kommune-klynge, ser særlig behov for veiledning av kommuner i hvordan de kan gå frem for å etablere klyngestrukturer. Vedkommende mener at et regionalt ledd kan ha en viktig funksjon for å bidra med slik veiledning. Etter hvert som det blir etablert flere fungerende klynger, kan man utvikle rollen til det regionale leddet, blant annet at det også kan bidra til formidling og koordinering.

### **Erfaringer fra region Sør-øst**

Informanten fra region Sør-øst uttrykker sterk tvil om at et regionalt KSF-ledd, slik dette er angitt i KSF-rapporten fra 2019, er hensiktsmessig og mener at sterke motorkommuner vil gjøre dette nivået overflødig. Spesielt kritisk er han til regioninndelingen i KSF-rapporten, som tilsvarer virkeområdene til de regionale helseforetakene. I mange sammenhenger vil nærmeste universitet kunne være en god hovedpartner, men etter denne informantens mening vil innretningen i forslaget til regionale samarbeidsorganer begrense muligheten til å inngå samarbeid med mer relevante fagmiljøer der slik kompetanse ikke er tilgjengelig hos hovedsamarbeidspartner. Det vises til at Kristiansand kommune samarbeider med UH-partnere over store deler av landet basert på felles faglige interesser, og ikke geografi.

Vi kan her skyte inn at KS opplyser at man har gått bort fra inndelingen i fire KSF-regioner, og at KS nå legger til grunn at det skal etableres seks regioner, herunder KSF Sør bestående av kommunene i Agder fylke.

## 4.3 Kommuneklyngene

I dette punktet går vi nærmere inn på funn og resultater knyttet til klyngenivået.

### 4.3.1 Erfaringer med organisering og etablering av klyngene

#### **KSF Vest-piloten**

Motorkommunen har en avgjørende rolle i å etablere klynger, og dra med seg flere kommuner i samarbeidet. En informant understreker at uten de store motorkommunene vil etablering av kommuneklynger fort kunne stoppe opp. Flere informanter understreker at det er en stor utfordring å få kommuner til å se at forskningssamarbeid kan løse hverdagsutfordringene deres.

I *KSF Vest-piloten* er det store forskjeller mellom de fire klyngene. Klyngene knyttet til *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* (Bergensregionen) og *Sør-Rogaland* (Stavangerregionen) har mye større befolkningsgrunnlag og oppleves å ha flere ressurser, kanskje særlig fordi de to motorkommunene er store bykommuner. I disse klyngene er det et formalisert samarbeid med forskningsaktører. Forskningssamarbeidet eksisterte før *KSF Vest-piloten* ble igangsatt, men har vokst i omfang og i antall deltakende kommuner etter at piloten startet opp.

I *Helse- og omsorgsutvalet* og i *FOUSAM* er det i mye mindre grad erfaring med, formalisering av eller nærhet til forskningsmiljøer. I *Helse- og omsorgsutvalet* er det et sterkt ønske om å delta i *KSF Vest-piloten*, men det er ikke satt av ytterligere finansiering eller stillinger til arbeidet. Det er søkt midler hos Statsforvalteren i Vestland, men denne søknaden ble avslått. Det har vært krevende å få til et felles spleiselag for å etablere en kommuneklynge.

En informant sier at det er lite erfaring med formalisert samarbeid med forskning i *Helse- og omsorgsutvalet*. Klyngen består av relativt små kommuner og med et betydelig lavere innbyggerantall enn klyngene rundt Bergen og Stavanger. Også i *FOUSAM* har forskning i liten grad vært et tema. Noen av informantene sier at de mindre ressurssterke klyngene er mer avhengig av å kunne koble seg på andre klynger og lære av og støtte seg på arbeidet som foregår der.

Klyngene *Helse- og omsorgsutvalet* og *FOUSAM* består av vesentlig flere kommuner enn de to andre klyngene. Vi har ikke fanget opp uttalelser om hvorvidt informantene mener dette antallet er hensiktsmessig eller ikke. Vi vil likevel påpeke at *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* (Bergensregionen) og *Sør-Rogaland-klyngen* (Stavangerregionen) både har sterkere motorkommuner og færre kommuner å koordinere, og det er sannsynlig at dette til sammen gjør organisering og etablering av et klyngesamarbeid betydelig lettere.

Flere informanter mener det ikke er hensiktsmessig å etablere en felles mal for organisering av klynger og viser til at klyngene har for ulike forutsetninger. De viser til at klyngene kommer til å se veldig ulike ut.

#### **KSF-pilot Midt**

Det er ennå ikke etablert eller besluttet en klyngestruktur i region Midt. Status er som nevnt at Trondheim kommune har erklært at de kan påta seg rollen som motorkommune, og at man ser for én klynge for alle kommunene i fylket. Enkelte kommuner og Møre og Romsdal fylkeskommune har også meldt interesse for å være med. Vi har inntrykk av at NTNU er positive til å bidra inn i KSF-strukturen.

Så langt er erfaringene at det er utfordrende å «selge inn» KSF overfor kommunene i regionen. Utfordringene synes både å være knyttet til å etablere en KSF-struktur som sådan og hva som er nytten for den enkelte kommune. På tross av at det i dag foreligger både kompetanse, erfaringer og strukturer for FoU-samarbeid i regionen, tyder beskrivelsen fra informantene at det tar tid å mobilisere kommunene i regionen. Det er likevel en grunnleggende optimisme blant våre informanter om at alle eller de fleste kommunene etter hvert kommer til å delta. Dette begrunnes blant annet i at alle kommunene, også de små, har nytte av å delta i en felles forskningsstruktur som kan understøtte kunnskapsbasert tjenesteutvikling. Flere kommuner har ytret at de avventer en beslutning om å delta for å se hvordan en eventuell KSF-struktur i regionen fungerer.

### Region Nord

Lofoten-kommunene har etablert *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord*-klyngen etter modellen i KSF-rapporten (KSF, 2019). Erfaringen med etableringen av klyngen synes ikke å ha budt på spesielle utfordringer. Vestvågøy fikk ganske raskt de andre Lofoten-kommunene med på en felles søknad til Statsforvalteren i Nordland om tjeneste- og innovasjonsmidler. De samme kommunene inngår allerede i flere interkommunale samarbeid, blant annet i regionrådet, som består av både kommunaldirektører og ordførere. Regionrådet brukes for øvrig også som referansegruppe for *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord*, både for å få innspill og for å forankre utviklingen av klyngen.

### Region Sør-øst

Som det framgår av beskrivelsen av region Sør-øst i punkt 3.4, har tre av byene i Agder – Arendal, Grimstad og Kristiansand – hatt pådriverroller i utviklingen av regionalt FoU-samarbeid, dog trolig i litt ulik grad og ulikt omfang. Vår informant vurderer det slik at motorkommunefunksjonen er svært viktig i en framtidig KSF-struktur, og vi tolker ham slik at han mener alle disse tre kommunene har potensiale til å fylle en slik rolle.

## 4.3.2 Erfaringer og resultater fra klyngesamarbeidet

### KSF Vest-piloten

Flere informanter uttrykker at man gjennom klyngene får etablert samarbeid om konkrete prosjekter og gjennom dette også dialog med forskere. Flere informanter uttrykker også at resultatene i form av forskning på kommunenes premisser skapes gjennom dialog mellom kommuneansatte og forskere. Som eksempel blir Bergen kommune svært ofte kontaktet av forskere som ønsker å samarbeide. Kunnskapskommunens funksjon bidrar til å håndtere dette slik at kommunene i større grad kan koordinere, stille krav tilbake, og invitere forskere i henhold til egen agenda.

Flere informanter mener klyngesamarbeid gir kommunene en sterkere forhandlingsposisjon opp mot forskningsinstituttene. Det interkommunale samarbeidet i klyngen bidrar til at kommunene sammen kan identifisere forskningsbehov. For forskningsaktørene representerer klyngen på sin side en felles dør inn for de som ønsker samarbeid med kommuner. Det er først og fremst *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* (Bergensområdet) og *Sør-Rogaland-klyngen* (Stavanger-området) som kan vise til dette.

*Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vests* årsrapport for 2022 omtaler en rekke ulike FoU-aktiviteter og -prosjekter. For eksempel nevnes deltakelsen i KSF som én av flere strategiske satsinger (KHOV, 2023). Vi går ikke inn på noen drøfting av hvorvidt eller i hvilken grad resultatene som beskrives i rapporten skal tilskrives KSF.

*FOUSAM* har kommet kortere i etablering og har andre rammebetingelser med hensyn til samarbeid med FoU-partnere. Mangel på en formalisert struktur kompliserer også samarbeidet med forskningsaktører. Henvendelser fra forskere blir ikke håndtert på en koordinert måte, eller de kommer sent, slik at det oppleves vanskelig for kommunene å

påvirke prosjektet. Det er imidlertid en del store enkeltvise forskningsprosjekt i klyngen. Utfordringen er samordning og å få til felles læring.

Svært mange informanter som jobber med utvikling av klynger, savner dedikerte ressurser som kan gjøre det lettere å prioritere den løpende driften av klyngen. En informant understreker at særlig motorkommunenes viktige rolle tilsier at denne rollen følges av finansiering fra sentralt hold. Både *FOUSAM* og *Helse- og omsorgsutvalet* mangler tilstrekkelig finansiering av motorkommunefunksjonen.

I intervjuer med representanter for klyngesamarbeidet er det enighet om at det er store forskjeller i hva små og store kommuner har av kapasitet til å delta, og at oppgavene i kommunen kan være ulike med hensyn til forskning. Noen vil være bestillere og deltakere i forskningssamarbeid og vil ha ressurser til kunne formidle kommunens behov, mens andre og gjerne små kommuner ikke har tilsvarende kapasitet. Disse deltar i klyngesamarbeidet, men er ikke nødvendigvis like direkte koblet på forskningssamarbeid.

## Region Nord

Erfaringene fra *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* er at klyngen fyller et behov for en interkommunal struktur for forsknings- og kunnskapssamarbeid. Til forskjell fra bilaterale kommune–UH-institusjon-forskningssamarbeidskonstellasjoner bidrar samarbeidet til å hindre overlapp mellom enkeltprosjekter og til å bedre koordinering og formidling. Erfaringsmessig går det også mye ressurser i oppstart av nye samarbeidsprosjekter, noe man reduserer når man har en allerede etablert fast struktur som nye prosjekter kan inngå i. Det trekkes for øvrig fram at det strategiske partnerskapet med UH-miljøene også er nyttig for UH-institusjonene, da det gir dem bedre innsikt i kommunenes behov.

Erfaringene fra *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* tyder på at klyngenes organisering og oppgaver bør være definert ut fra kommunenes egne behov. Motorkommunen Vestvågøy har brukt forskningsbasert kunnskap om hvordan man etablerer samarbeidsnettverk i selve etableringen av klyngen. I etableringen har man lagt stor vekt på frivillig deltakelse og at kommunene selv bestemmer innholdet. Man har også vektlagt at kommunenes ulikheter i erfaring og kompetanse skal utnyttes, nettopp for å bidra til kompetanseutveksling på tvers av kommunene.

Selv om *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* er avgrenset til å gjelde helse- og omsorgssektoren, mener vår informant at strukturen kan være egnet til også å kunne ivareta andre tjenestoområder.

### 4.3.3 Kunnskapsstøttesystemet i KSF Vest-piloten

I *KSF Vest-piloten* er det i et samarbeidsprosjekt utviklet to modeller for kunnskapsstøttesystem. Dette samarbeidsprosjektet mellom Bergen kommune, Stavanger kommune, *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest*, *Sør-Rogaland-klyngen*, KS og Folkehelseinstituttet er oppsummert i rapporten *Mot et kunnskapsstøttesystem for kommunene – Beskrivelse og erfaringer med modellutprøvinger* (Bjerk m. fl., 2023) (se også punkt 3.2).

Målsetningen for begge modellene har vært å bidra til kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbaserte beslutninger, særlig gjennom tilgjengeliggjøring og anvendelse av forskning. Begge prosjektene har også omhandlet en kombinasjon av kunnskapsoppsummeringer og oppfølging knyttet til forståelse og anvendelse av denne kunnskapen. Det har blitt arbeidet aktivt for å involvere alle klyngene i KSF Vest-piloten i arbeidet med kunnskapsstøttesystemene. De to modellene beskrives i FHI-rapporten:

Den ene modellen, «Et kunnskapssystem for kommunene», har vært prøvd ut i kommuneklyngen *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* i Bergensregionen. Den tar utgangspunkt i kommune-ansattes 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 forslagsstillerens bestilling. Forskerne bistår med veiledning og verktøy for kommunenes beslutnings-

prosesser 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. (Bjerk m. fl., 2023, s. 9)

I arbeid med den første modellen ble det i del én av prosjektet levert inn 123 forslag til kunnskapsoppsummeringer fra kommunene, og det ble gjennomført 30 innledende søk. Forslagsstillerne fikk tilsendt resultatet fra det innledende søket. Sju av forslagene til problemstillinger ble så besvart med forskningsomtaler og én ble fulgt opp i form av utarbeidelse av en egen rapport.

Del to av prosjektet endte med 17 gjennomførte oppdrag; seks av disse i form av forskningsomtaler og seks som mini-metodevurderinger. En mini-metodevurdering er et beslutningsgrunnlag som har som formål å bidra til kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye tiltak i kommunen.

I arbeidet med den andre modellen ble det identifisert 17 kunnskapsbehov. Disse ble svart ut i form av forskningsomtaler mens det også ble avdekket sju områder der det fantes lite forskning fra før.

FHI-rapporten konkluderer med at det er viktig å etablere kunnskapsstøtte i KSF for og med kommunene, der kommunenes behov er i førersetet. Det er behov for en regionalaktør, for eksempel et universitet, høgskole 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. Flere informanter sier at de to modellene er det mest håndfaste resultatet av *KSF Vest-piloten*.

### Om erfaringene med modeller for kunnskapsstøttesystem

De to modellene har begge bidratt til forskningsbasert kunnskapsstøtte for kommunene. Rapporten peker på fire områder eller utfordringer som er sentrale å ta hensyn til når det gjelder videre bruk av denne typen modeller, og spredning av modellene til andre kommunklynger og regioner.

1. *Forankring og organisering*: Det bør tydeliggjøres hvem som skal gjennomføre arbeidet, hvem som skal bidra med ressurser og kompetanse, og hvordan det skal gjennomføres.
2. *Ressursbruk og finansiering*: Kommunene har ikke tilstrekkelige rammebetingelser for å jobbe forskningsbasert, hverken økonomisk eller når det gjelder kompetanse.
3. *Kompetansebehov*: Det er få ressurser til kompetanseutvikling og utvikling av tjenester i kommunene.
4. *Formidling*: Formidling er viktig for at kommunene kan nyttiggjøre seg kunnskapen som utvikles ved bruk av ulike metoder for kunnskapskartlegging.

Vi drøfter her noen av utfordringene med et slikt system i lys av Folkehelseinstituttets rapport (FHI, 2023) og funn fra våre intervjuer med kommuneinformanter og FHI-forskerne.

### **Er bestillingene i tråd med tilstrekkelig mange kommuners behov?**

Prioritering av kunnskapsoppsummeringer ble gjort ved bred mulighet for innspill. I *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* ble prioriteringer gjort av en arbeidsgruppe med representanter fra *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest*, Folkehelseinstituttet og Høgskulen på Vestlandet (Bjerk m. fl., 2023).

I *Sør-Rogaland-klyngen* ble dette gjort på en litt annen måte i form av et system med refleksjonsgrupper og fagklynger, men også her var det bred mulighet for innspill med deltakelse fra ti kommuner. FHI-rapporten peker videre på at det eksisterer en rekke formidlingskanaler ut til kommunene som kan benyttes for formidling av kunnskapsoppsummeringer (for eksempel kompetansesentrenes nettsider eller [minimetodevurdering.no](http://minimetodevurdering.no)).

### **Er resultatene fra denne type prosjekter nyttige for kommunene?**

Flere informanter sier de har satt pris på *Kunnskapsoppsummeringsprosjektet* og *Kunnskapsbroen* fordi prosjektene har gjort forskningen relevant og nyttig for mange fagområder. Det ser ut til at rene kunnskapsoppsummeringer ikke er tilstrekkelig for å dekke kommunenes behov for kunnskapsstøtte. En informant understreker at kunnskapsoppsummeringene har vært nyttige fordi de er kombinert med en påfølgende prosess for kunnskapsstøtte fra et forskningsmiljø. Denne prosessen innebærer å involvere de som skal ta beslutninger i kommunen, og at det etableres forståelse for lokale tilpasninger eller forutsetninger. Eller med andre ord, for å ha nytte av kunnskapsoppsummeringer, må kommunene ha endringsvilje. FHI-rapporten (Bjerk m. fl., 2023) påpeker tilsvarende at kunnskapsstøtte krever tett oppfølging av kommunene fra forskningsaktørenes side.

En annen forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg kunnskapen fra kunnskapsoppsummeringene er høy grad av involvering i kommunen. Folkehelseinstituttet finner at en sentral forutsetning for at kunnskapsstøtte i kommunene skal fungere er at kunnskapsbehovene og etterfølgende prosesser forankres i ledelse og i plan- og strategidokumenter. Kommunene må ha eierskapet, mens forskningsaktører først og fremst har en støttefunksjon (Bjerk m. fl., 2023).

Noen informanter sier at flere kommuner i utgangspunktet kunne hatt gevinster av noe som én enkelt kommune har bestilt. Informantene sier det likevel er en risiko for at det først og fremst er den bestillende kommunen som har tilstrekkelig forankring og interesse av å benytte seg av forskningen. En informant undrer seg over hvilke kommuner som har ressurser og kapasitet til å fange opp kunnskapen i kunnskapsoppsummeringene, hvis de selv ikke har formulert et behov. Informanten sier dette særlig vil være en utfordring for mindre kommuner. For at kunnskapsoppsummeringer skal oppfattes som nyttig av kommunen, ser det ut til at det er sentralt at kommunene har et eierskap eller behov knyttet til temaet på forhånd, og gjerne selv er involvert i prosessen med bestilling av kunnskapsoppsummeringen.

### **Kommunenes forutsetninger og behov for nasjonale grep**

FHI-rapporten peker også på nasjonale grep for å støtte kommunenes arbeid i å nyttiggjøre seg kunnskapsoppsummeringer. Den anbefaler at det defineres en nasjonal aktør som får ansvar for å lage og oppdatere opplæringsmateriale til de ulike regionene, og videre gi støtte og veiledning i bruk av dette. Det viser også til at muntlig erfaringsdeling og formidling om kunnskapsoppsummeringene lokalt er svært viktig (Bjerk m. fl., 2023).

Informantene som vi har intervjuet, sier at kommunene ikke har de samme rammebetingelsene som spesialisthelsetjenesten for å jobbe forskningsbasert, hverken økonomisk eller når det gjelder kompetanse. Det å motta kunnskapsstøtte, krever tett oppfølging av kommunene, og dette er ressurskrevende. Det finnes per i dag ikke midler til å utarbeide ytterligere kunnskapsoppsummeringer innenfor den «riggen» som vi har beskrevet ovenfor.

I tillegg til å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer, har forskere også deltatt aktivt i *KSF Vest-piloten* som observatør på det regionale nivået. FHI-rapporten anbefaler at én eller flere nasjonale aktører kan støtte de regionale miljøene og sikre utvikling av metoder, formidling og publisering og kompetanseutvikling. Videre anbefaler den 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 slik som gjennom erfaring- og kunnskapsutveksling mellom kommuner og regionale og nasjonale kompetansemiljøer (Bjerk m. fl., 2023).

## 4.4 Kommunene

### Innledning

I dette punktet går vi nærmere inn på funn og resultater knyttet til kommunenivået – altså det som angår enkeltkommunenes deltakelse i KSF. Også her har vi delt opp framstillingen regionvis. Erfaringene fra de ulike regionene sammenfaller imidlertid ikke tematisk – for eksempel omtaler vi Trondheim kommunes eierskap, men ikke tilsvarende for de andre motor- og «leder»-kommunene; og det er ikke dermed sagt at ikke andre kommuner kan ha sterkt eierskap.

### Erfaringer fra KSF Vest-piloten

Det er store forskjeller kommunene imellom når det gjelder forutsetninger for å delta i KSF-strukturen. Dette handler først og fremst om kommunestørrelse, ressurser og kompetanse.

En grunnleggende utfordring ligger i kommunenes samfunnsoppdrag. Informantenes erfaringer er at en stor utfordring er å prioritere ressurser til forskning framfor de løpende driftsoppgavene. En informant beskriver dette som at kommunene er «hendelsesstyrt». Det er blant annet av den grunn utfordrende å få kommunene til å se at forskningsbasert kunnskap og deltakelse i forskningsprosjekter kan bidra til å løse sentrale utfordringer knyttet til tjenesteutvikling.

Mange informanter sier implementering av kunnskap er en stor utfordring, noe som også er dokumentert i FHI-rapporten (Bjerk m. fl., 2023). Noen mener det er uklart om FoU-arbeidet har hatt betydning i form av nye måter å jobbe på. FHI-rapporten om kunnskapsstøttesystemene i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* viser at det er et stort behov for støtte fra forskningsaktører for å implementere resultater fra forskningsprosjekter (Bjerk m. fl., 2023).

Utnyttelse og implementering av forskningsbasert kunnskap krever ofte innovasjon i kommunene. Men informanter sier samtidig at det kan være god fag- og tjenesteutvikling i mange kommuner, men det at denne i liten grad bygger på forskningsbasert kunnskap.

En viktig erfaring er at implementering krever en veldig bred forankring av FoU-arbeidet i kommunen både i form av planverk og i form av eierskap hos fagledere og i de enkelte virksomhetene.

Implementering krever også en egen type kompetanse om endringsprosesser. Det er også viktig å bygge opp kapasitet og kompetanse i kommunene til å kunne ta imot henvendelser fra forskere.

En informant understreker at dersom man skal bygge en kunnskapsstruktur, så må man også bygge opp kommunens forskningskompetanse, og evne til å ta kompetansen i bruk bredt i kommunene. I KSF-rapporten ble det vist til strukturene for forskning i spesialisthelsetjenesten, og at kommunene mangler en slik struktur (KSF, 2019). En informant mener det er stor forskjell mellom helseforetak og kommuner med tanke på hvor mye ressurser som settes av til faglig utvikling for ansatte. Også når det gjelder faglig utvikling vises det til at kommunene prioriterer driftsoppgaver framfor fag- og kompetanseutvikling blant de ansatte.

Det er likevel stor forskjell mellom sykehusproblemstillinger, som er mer rettet mot kliniske problemstillinger og er behandlingsretta, og kommunenes utfordringer. I kommunene er det behov for et mye bredere kunnskapsgrunnlag. Det dreier seg mer om problemstillinger som dreier seg om organisatorisk utvikling, nye prosedyrer, metoder og tiltak. Et eksempel som nevnes av en informant er problemstillinger knyttet til eldre pleietrengende. Etablering av forskningsprosjekter som ligger nært den daglige virksomheten, vil gjøre det enklere for kommunene å kunne inkorporere egeninnsatsen i det daglige arbeidet, og hente ut gevinstene i etterkant (Menon, 2023).

### **Erfaringer fra region Midt**

Trondheim kommunes eierskap til KSF oppleves som svært godt. Særlig blir det vektlagt at kommunedirektøren har vært avgjørende for at Trondheim har tilbudt seg å ta et ansvar som en motorkommune i regionen. Det ble 26. oktober 2023 vedtatt at Trondheim kommune skal vekk fra formannskapsmodellen og over til parlamentarisme. Vedtaket kan innebære at kommunedirektørens rolle blir endret, noe som i sin tur kan få implikasjoner for Trondheims rolle i piloten.

De foreløpige erfaringene fra region Midt synes å være at det er utfordrende å synliggjøre verdien av KSF overfor potensielle deltakerkommuner. Det er store ulikheter kommunene imellom med tanke på hvorvidt de ser nytten av forskning, men også når det gjelder hvilke muligheter de har til å bidra.

Enkelte mener at man i region Midt først bør mobilisere et utvalg mellomstore kommuner. Disse blir vurdert til å være særlige egnede for å ta en generisk rolle, da sektorinndelingen i disse ikke er like «silo-preget» som i de største byene.

Informantene vektlegger at man i mobiliseringsarbeidet overfor kommunene videre framover bruker tid på å identifisere engasjerte og kvalifiserte kontaktpersoner i hver kommune, gjerne med forskerkompetanse. Når det foreligger en etablert struktur, mener enkelte at det vil være lettere å synliggjøre verdien av KSF overfor kommuner eller andre som i dag sitter på gjerdet.

Selv om det er store variasjoner også mellom små kommuner, synes det å være en generell holdning om at man ikke kan ha store forventninger til forskningsaktivitet blant småkommuner – men uten at man på dette generelle planet skiller mellom de ulike enkeltaktivitetene og funksjonene som «forskningsaktivitet» omfatter.

### **Erfaringer fra region Nord**

En av erfaringene i *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* synes å ha vært at etableringen i seg selv bidrar til mer kompetanse, engasjement og nysgjerrighet for forskning og utvikling blant i de deltakende kommunene.

### **Utjevning mellom kommuner**

En sentral oppgave for KSF er å bidra til utjevning av forskningskapabiliteter mellom kommuner. En evaluering av innovasjon i offentlig sektor gjennomført av Menon (2022) viser at små kommuner har problemer med å prioritere ned driftsoppgaver til fordel for forskning. Rapporten påpeker at disse kommunene trenger et grunnløft i form av hjelp til å benytte seg av lavterskel forskningsvirkemidler.

Dette er i tråd med funn i våre intervjuer, der informanter fra flere regioner sier at kommunene har behov for koordinering og veiledning knyttet til både gjennomføring av forskning, til implementering av forskningsbasert kunnskap (også når de ikke selv har bestilt denne forskningen) og til rolleforståelse. Det påpekes også at mindre kommuner er avhengig av «drahjelp» fra større (motor-)kommuner for å delta i mange FoU-aktiviteter.



## 4.5 Andre funn og resultater

Her presenterer vi kort det som framkom om praksisnære utdanningstilbud i intervjuene. Men først formidler vi det som framkom om hvorvidt forskning og utvikling i kommunene bør være lovpålagt i større grad enn det som er tilfelle med dagens lovgivning.

### 4.5.1 Bør forskning og utvikling i kommunene være lovpålagt?

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 sier at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i denne sektoren. Mange informanter fra de mer forskningsaktive kommunene mener loven er for svak og sier de ønsker seg en form for pålegg om at kommunene skal prioritere arbeid med forskning. Noen viser til at et slikt lovkrav er etablert overfor helseforetakene. Både i intervjuer og under arbeidsverkstedet ble det vist til at såkalt «lovpålagt FoU» har vært diskutert i mange år. Det ligger utenfor omfanget av denne evalueringen å gå inn i juridiske betraktninger knyttet til et slikt krav, slik som hvorvidt et slikt pålegg burde inntas i kommuneloven eller i ulike sektorlover. Det er likevel tydelig at mange informanter mener at et lovkrav vil medføre at kommunene vil prioritere forskningsarbeid. Informantene som mener dette, setter det i sammenheng med at det ved et lovkrav også vil være naturlig at det bevilges midler til forskning til kommunene.

### 4.5.2 Praksisnære utdanningstilbud

En av underproblemstillingene angår muligheter for at KSF i større grad kan bidra til utvikling av relevant og praksisnært utdanningstilbud i UH-sektoren. Informantene har blitt spurt om dette, men vi har et lite datamateriale å ta utgangspunkt i.

Flere informanter viser til at KSF først og fremst er involvert i forskning, selv om mandatet omtaler utdanning som en del av oppgavene. En informant sier de i sin region har vurdert å fjerne utdanning fra mandatet, men at det ikke er enighet om dette blant annet fordi utdanning henger sammen med forskning.

Mange informanter fra distriktskommuner sier det er behov for en desentralisert struktur for utdanning, og at dette ofte kan være et tema til diskusjon i kommunen eller kommuneklyngen som de er en del av. Informantene sier at en måte å få til dette på, er at kommunene etablerer samarbeid med universitet eller høyskole gjennom å etablere et studiesenter. Etablering av fagskoler er også en måte å få opprettet utdanningsplasser på. Hensikten er å få etablert utdanningsplasser i eller i umiddelbar nærhet til kommunen. En informant fra en kommune i KSF Vest-piloten sier at det å etablere kunnskaps-sentre med både studieplasser, kompetansesentre og helsesenter er en del av hele tankegangen til KSF. Flere understreker at slik samlokalisering gir godt grunnlag for praksisplasser.

En informant fra et universitet sier de har kommet langt i utvikling av praksisnære utdanninger. Informanten poengterer at utvikling går raskere ute i praksisfeltet mens det ofte tar tid bringe nye ting inn i utdanningene. Mye av kunnskapsutviklingen er knyttet til metodebruk, og det er i kommuner og sykehus man får de de ferskeste metodene.

## 5 Konklusjoner og anbefalinger

I det følgende oppsummerer vi diskusjonene ovenfor ved å besvare og belyse hovedproblemstillingene med tilhørende underproblemstillinger én for én. Deretter følger våre viktigste vurderinger og anbefalinger.

Som nevnt innledningsvis, har etablering av KSF som et nasjonalt kunnskapsløft for kommunene kommet svært kort. Det gjenstår også mye i arbeidet med å utvikle fungerende samarbeidsorganer i *KSF Vest-piloten* og *KSF-pilot Midt* – og enda mer i de andre regionene og landet for øvrig. Vi føler behov for å gjenta dette som innledning til konklusjonene, som da er basert mer på informantenes erfaringer og vurderinger enn på dokumenterte resultater og virkninger av satsingen.

Ut fra dette har vi valgt å skille mellom anbefalinger og vurderinger i punkt 5.3 nedenfor. Påstander som vi opplever at vi har solid dekning for i datamaterialet framsettes som anbefalinger, mens det som framsettes som vurderinger er basert på noe svakere empirisk grunnlag – for eksempel helhetsvurderinger og vårt faglige skjønn.

### 5.1 Problemstilling 1: Hva er sentrale erfaringer og resultater fra KSF-piloten?

#### 5.1.1 Samarbeid på de ulike nivåene

Ut fra vårt materiale har det vært relativt lite samarbeid mellom regionene, men aktører i region Midt og region Nord har vært i jevnlig dialog med *KSF Vest-piloten* med formål å hente erfaringer og læringspunkter fra sistnevnte. Videre får vi opplyst fra oppdragsgiver at det har vært faste møter en gang i måneden mellom KS og de to pilot-regionene for koordinering og erfaringsutveksling i 2023. Koordinatorer og prosjektledere for KSF Vest og Midt har også samarbeidet og hatt jevnlig dialog med KS for nasjonalt påvirkningsarbeid for KSF og for å styrke forsknings- og innovasjonsinnsatsen for kommunesektoren.

I *KSF Vest-piloten* er det etablerte samarbeidsstrukturer i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* og *Sør-Rogaland-klyngen*, og man er i ferd med å etablere dette i de to andre kommuneklyngene.

I de andre regionene er KSF-samarbeidsstrukturene ikke etablert ennå, men det samarbeides om forskning og utvikling i andre fora. Vårt inntrykk er at det samarbeides godt og at det ikke knytter seg utfordringer til selve samarbeidet. Dette gjelder også i klyngene i *KSF Vest-piloten*.

Sammensetningen av de ulike klyngene i KSF Vest-piloten virker også hensiktsmessig. *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* og *Sør-Rogaland-klyngen* virker som de er basert på tydelige motorkommuner, mens de andre to virker som de er basert på tidligere eksisterende strukturer.

I *KSF Vest-piloten* har det regionale nivået fungert både som en arena for erfaringsutveksling om hvordan de kan jobbe og som en arena for å diskutere rammebetingelser. Denne piloten har utelukkende vært orientert rundt helse- og omsorgssektoren.

#### 5.1.2 Leverer KSF i tråd med formålet?

Innledningsvis gjentar vi formålet for KSF slik det framkommer i konkurransegrunnlaget for dette evalueringsoppdraget. Punktvis kan formålet framstilles som følger:

- *Etablering av et kunnskapssystem*: KSF skal bygge opp et kunnskapssystem i kommunene.
- *Kunnskapsbaserte beslutninger*: kunnskapssystemet skal bidra til mer kunnskapsbaserte beslutninger og praksiser i kommunen på en bærekraftig og resurseffektiv måte.
- *Mer forskningsaktivitet*: Kunnskapssystemet skal bidra til mer forskning i, for og med kommunene, basert på kommunenes kunnskapsbehov.
- *Kunnskapsstøtte*: Kunnskapssystemet skal bidra til utvikling av metoder og verktøy for kunnskapsstøtte til kommunene.
- *Implementering*: Kunnskapssystemet skal styrke kommunenes muligheter til å innhente, vurdere, iverksette og anvende forskningsbasert kunnskap.
- *Utdanning*: Samarbeidet skal også styrke relevante utdanningstilbud og kommunene som utdanningsarena.
- *Samarbeid*: KSF skal være en struktur for systematisk dialog på tvers av kommuner, og mellom kommuner og UH- og instituttsektoren. Det er også anbefalt å involvere bruker- og næringslivsrepresentanter.

I det følgende drøfter vi våre funn og resultater opp mot disse punktene, ett for ett. Punktet om samarbeid er allerede behandlet ovenfor (punkt 5.1.1). Punktet om utdanning behandles nedenfor (punkt 5.2.8)

I og med at det er såpass kort tid siden *KSF Vest-piloten* ble etablert, er det sparsomt med empirisk grunnlag for å vurdere hvorvidt KSF leverer i tråd med formålet. Mye av det følgende er derfor – som tidligere forklart – basert på informantenes vurderinger slik de framkom i intervjuene.

### **Etablering av et kunnskapssystem**

Vi anser at et kunnskapssystem i KSF-forstand må omfatte både forskning og utvikling, og det må være samarbeid mellom flere kommuner.

Det viktigste resultatet av *KSF Vest-piloten* og det forberedende arbeidet som ble nedlagt i de andre regionene, dels i «KSF-regi» både fram mot våren 2022, da forespeilede tildelinger uteble, og dels på enkeltkommuners eget initiativ i tiden deretter, er at flere kommuner har etablert og utviklet kapasiteter og samarbeidsstrukturer med tanke på å bruke forskningsbasert kunnskap i tjenesteutviklingen.

*FOUSAM* og *Helse- og omsorgsutvalet* har ikke etablert formalisert samarbeid på liknende måter som i de to (andre) klyngene i region Vest. I de førstnevnte mangler det en sterkere motorkommune som kan være en drivkraft for å få dette til på samme måte som i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* og *Sør-Rogaland-klyngen*. Ut fra definisjonen ovenfor er det etablert kunnskapssystemer i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest*, i *Sør-Rogaland-klyngen*, i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Nord* og i Agderregionen. De to sistnevnte er per i dag ikke tilknyttet den øvrige KSF-strukturen. I *KSF-pilot Midt* utgjør både *Partnerskap for forskning og innovasjon i offentlig sektor* og *Universitetskommunesamarbeidet TRD 3.0* ansatser til å bli kunnskapssystemer.

### **Kunnskapsbaserte beslutninger og mer forskningsaktivitet**

På regionalt nivå er det i første rekke den vitenskapelige produksjonen fra samarbeidet med Folkehelseinstituttet om kunnskapsoppsummeringer med tilhørende kunnskapsstøtte i *KSF Vest-piloten* som representerer hovedtyngden av de direkte resultatene av pilotprosjektet. Det er likeledes resultatene herfra som primært later til å ha bidratt til kunnskapsbaserte beslutninger.

### **Kunnskapsstøtte**

Samarbeidet med Folkehelseinstituttet i *KSF Vest-piloten* har gitt verdifulle erfaringer. Viktigst er det at utarbeidelse av kunnskapsoppsummeringer har begrenset verdi i seg selv dersom de ikke inngår i et kunnskapsstøttesystem som omfatter både bestillinger

og implementeringsstøtte. En annen viktig erfaring er at evne til å utforme gode bestillinger krever forskerkompetanse.

## Implementering

Våre funn viser sammen med FHI-rapporten (Bjerk m. fl., 2023), at forskning i liten grad kan anvendes direkte uten lokale tilpasninger og endringer. Dette krever både bevissthet, evne og vilje til å gjennomføre endringer i kommunene. Implementering av forskningsbasert kunnskap skjer dermed primært i form av tjenesteinnovasjon i kommunene. Med andre ord, kommunene må endre prosesser og tjenester. Dette er utfordrende.

Vi har i punkt 4.3.3 påpekt at kommuner kan mangle kapasitet til å nyttiggjøres seg kunnskapsoppsummeringene selv om det kunne vært fordelaktig for dem. Kapasitet og støtte til å drive implementering vil være svært viktig for å ta i bruk de kunnskapsoppsummeringene som er gjort. Men en viktig lærdom fra Bodø kommune er at innovasjon kan skje med eller uten bruk av egenprodusert forskningsbasert kunnskap – forstått som kunnskap fra egne forskningsaktiviteter.

Det finnes forskningsmidler tilgjengelig, men det mangler finansiering av stillinger til personer med kompetanse som kan søke disse midlene – eller som kan etablere partnerskap med forskere som kan søke. Det er usikkert i hvilken grad KSF bidra til denne type finansiering.

### 5.1.3 Bidrar KSF til utjevning av forskjeller mellom kommuner?

Spørsmålet om *utjevning* bør kvalifiseres, da det ikke uten videre er entydig. For det første kan det bety at KSF kan ha en utjevningseffekt forstått som *konvergens* av forskningskapabiliteter – kompetanse, ressurser, aktiviteter, resultater og så videre – altså at ulikhetene kommunene imellom reduseres. Dette virker svært ambisiøst og kanskje lite realistisk.

Alternativt kan utjevning forstås som at KSF kan heve «minstenivået» av kommunenes forskningskapabiliteter. Dette mener vi å ha observert tendenser til.

Det er indikasjoner på en slik utjevneende effekt i og med at mobiliseringen for å etablere kommuneklynger er såpass vellykket. I praksis er det svært få kommuner i regionen som *KSF Vest-piloten* omfatter, som ikke er med i et klyngesamarbeid. Samtidig er de samlede erfaringene at det er svært utfordrende å mobilisere de minste kommunene, og det er heller ikke realistisk at de skal delta på samme måte som større kommuner.

Som nevnt ovenfor (punkt 4.3.2) er det store forskjeller i hva små og store kommuner har av kapasitet til å delta, og i hvilke oppgaver de velger å utføre. Noen vil være bestillere og deltakere i forskningssamarbeid og vil ha ressurser til kunne formidle kommunens behov, mens andre og gjerne små kommuner ikke har tilsvarende kapasitet.

En av de største utfordringene for utjevning – forstått som minstenivåheving – er at små kommuner har vanskelig for å prioritere ned driftsoppgaver til fordel for forskning. Deresom KSF kan være katalysator for at flere kommuner benytter lavterskel forskningsvirke-midler (slik som statsforvalternes skjønnsmidler), kan dette ha en utjevneende effekt.

Motorkommunene ser ut til å ha en sentral rolle i å bidra til utjevning innenfor klyngen. Dette gjelder særlig i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest* og *Sør-Rogaland*-klyngen, der Bergen henholdsvis Stavanger er motorkommuner med stor kapasitet til å initiere og drive både samarbeidet i klyngen og FoU-aktiviteter som det samarbeides om å utføre. De to andre kommuneklyngene i *KSF Vest-piloten* har hatt andre forutsetninger, og mangler ressurser til å etablere en motorkommune som kan fylle en slik «utjevneende» funksjon.

Samlet antar vi ut fra dette at potensialet for utjevning gjennom deltakelse i KSF er til stede, men at det kan være avhengig av tilstedeværelse av sterke motorkommuner.

#### 5.1.4 Hva tilfører KSF i forhold til andre relaterte initiativer og/eller aktører?

Dette er et spørsmål om *addisjonalitet* – hva oppnår man med KSF som man ellers ikke ville oppnådd?

Vår vurdering er at klyngesamarbeidet i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest og Sør-Rogaland-klyngen* gjennom formalisert samarbeid med de regionale forskningsaktørene gir kommunene større kraft til å være en likeverdig partner. Med dette mener vi at det gir større evne og tyngde til å gå i dialog på likefot, sammenlignet om enkeltkommuner har kontakt med et forskningsmiljø. Dette bidrar til at kommunene sammen kan stille krav ut fra egne forskningsbehov, noe som er et sentralt formål med KSF. KSF kan med andre ord bidra til en heldig maktforskjvning.

Samtidig bidrar dette også til effektivitet for forskningsaktørene, som enklere kan gå i dialog med kommunene. UH-institusjonene får en enklere kanal inn til kommunene. Ikke minst vil det gjennom en slik møteplass etableres en nødvendig kontinuitet som kan øke både forskningens forståelse for kommunenes behov og kommunenes forståelse for forskning.

Det er vanskelig å vurdere om kommuneklyngedannelsen *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Nord* og de interkommunale samarbeidskonstellasjonene i Agder ville ha kommet i stand i fravær av KSF. Den førstnevnte brukte som nevnt KSF-rapporten (KSF, 2019) som mal, mens samarbeidet i Agder kan se ut til å ha utviklet seg mer «organisk».

USHT og *Senter for omsorgsforskning* har i liten grad overlappende samfunnsoppdrag for KSF. USHT-ene får sine oppgaver fra staten, og de driver i liten grad med forskning. *Senter for omsorgsforskning* er forskningsinstitusjoner med egne behov og prioriteringer – som ikke er *direkte* knyttet til kommunenes (selv om de indirekte er det). Disse strukturene vil slik vi ser det derfor ikke ivareta formålet med KSF og det helhetlige behovet for å styrke kommunenes evne til å være initiativtaker til, formidler og bruker av forskning.

Samlet er vår vurdering at KSF fyller et behov og ivaretar oppgaver som per i dag ikke dekkes av andre aktørers mandater og oppdrag. Det er ingen andre aktører som i dag på tilsvarende vis kan bidra til å mobilisere småkommuner til å drive forskning og utvikling. Selv om noen kommuneklynger og ansatser til klynger kan oppstå på lokale initiativer, så er det trolig ingen andre aktører i dag som kan drive landsdekkende mobiliseringsarbeid slik som KSF har ambisjoner om å gjøre. Og foruten KS er det ingen aktører som i dag later til å kunne fylle rollen som kommunenes talerør overfor nasjonale myndigheter – med basis i lokale, konkrete erfaringer med FoU-aktiviteter i kommunene.

#### 5.1.5 Hvordan fungerer prosessene med utvikling av kommuneklyngene og KSF-regionene?

Dette spørsmålet besvares og belyses nedenfor i samband med våre vurderinger av hvordan KSF kan videreutvikles.

### 5.2 Problemstilling 2: Videreføring og videreutvikling

Problemstilling 2 lyder i sin helhet: Hva bør videreføres, justeres eller avvikles i videreutvikling og mulig opptrapping av KSF nasjonalt?

Det samlede datamaterialet tyder på de fleste aktørene, og særlig kommunene, er i en tidlig fase i å reflektere over kommunenes rolle i forskning. Vi finner få tegn på at KSF-piloten så langt har bidratt til en omforent forståelse av hva KSF skal være. Vi finner at det er få spørsmål om kommunenes rolle i forskning som virker å være «landet» og at det blant aktører og informanter er ulike oppfatninger om mange spørsmål, inklusive hva som er kommunenes behov for forskningsbasert kunnskap.

Vi mener at en sentral implikasjon av dette er at aktørene som er involvert i KSF fortsatt bør arbeide for å skape oppmerksomhet om tema, mobilisere kommuner og synliggjøre verdien av forskning og kunnskapsbasert tjenesteutvikling i kommunene. Videreføring av KS' pådriverrolle vil være svært viktig her. Et slikt forankringsarbeid kan gjøres ved at man utvikler en felles strategi eller plan for videreutvikling med bred involvering fra kommunenes side. Det er også en mulighet å etablere et følgeforskningsprosjekt for å dokumentere utvikling og resultater.

Innledningsvis nevnte vi at det har skjedd en glidning i terminologien som brukes for å beskrive roller og funksjoner i KSF. Selv om begrepsbruken i noen grad har blitt etablert blant aktørene, kan det være grunn til å gjennomgå og vurdere begrepsbruk og terminologi spesielt med tanke på god kommunikasjon i den videre utviklingen og mobiliseringsinnsatsen. Spesielt er det grunn til å vurdere om «KSF» er en hensiktsmessig betegnelse på det som skal være et landsomfattende kunnskapssystem med både taktiske og operative oppgaver i tillegg til de strategiske som s-en i «KSF» angir. Man bør også sikre at KSF-terminologien er «kompatibel» med, og hensiktsmessig i forhold til, terminologi som ellers anvendes i forbindelse med interkommunalt samarbeid.

Med dette bakteppet kan vi nå drøfte delproblemstillingene under problemstilling 2.

### 5.2.1 Hvordan utvide KSF til flere tjenesteområder eller sektorer?

Arbeidsgruppa som utarbeidet KSF-rapporten fra 2019 hadde sitt mandat knyttet til HelseOmsorg21-strategien, og rapporten bygde derfor på den forutsetning at kunnskapsløftet i kommunene skulle være på helse- og omsorgsområdet. Noen kommuner har FoU-aktiviteter og -prosjekter på andre områder enn helse – for eksempel melder både Trondheim kommune og Oppdal kommune om dette, samt kommunene i Agder-regionen. Vi får også opplyst at man i handlings- og økonomiplanen for 2024–2027 for *Sør-Rogalandklyngen* legger til grunn at KSF-strukturen skal utprøves også på andre tjenesteområder enn helse og omsorg. Og i arbeidet med å etablere KSF-pilotene har KS fra starten av lagt til grunn at KSF skal være et generisk kunnskapssystem på tvers av tjenesteområder.

Et spørsmål er da om utvidelse av KSF til å omfatte andre tjenesteområder tilsier en annen organisering enn det som anbefales i KSF-rapporten (KSF, 2019). I og med at *KSF Vest-piloten* har hatt et helse- og omsorgsfokus, finnes lite i vårt materiale som kan belyse dette spørsmålet. Det bør høstes løpende erfaringer av det videre arbeidet i de klyngene og kommunene som har et bredere fokus. Spesielt bør man da være oppmerksom på hvordan man både på klyngernivå og innad i kommunene arbeider på tvers av de sektorielle «siloene».

Vi kan likevel ta for oss en problemstilling som kan oppstå når man søker å utvide til andre sektorer. For eksempel vil mindre kommuner kunne ønske å knytte seg til forskjellige kommuneklynger for forskjellige tjenesteområder, dersom aktuelle motorkommuner i regionen har fokus på ulike sektorer.

I noen grad kan vi se til regionene Nord og Agder for å se hvordan samarbeidene fungerer med hensyn til andre sektorer. I Agder har man igangsatt flere samarbeidsprosjekter, både om arbeidsinkludering av unge og om lesing, uten en etablert regional KSF-struktur. I *Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord* er man opptatt av at selv om klyngens mandat er knyttet til helse og omsorg, er strukturen generisk og relevant også for andre sektorområder, blant annet knyttet til lokalt næringsliv (for eksempel bakterieforskning).

Vår vurdering er at en framtidig KSF-struktur i utgangspunktet bør tillate eksperimentering med organisering som fraviker KSF-rapportens (KSF, 2019) «modell». Vi anbefaler at KSF-strukturen utformes med høy grad av fleksibilitet, slik at den tillater slik «opportunistisk» organisering nedenfra. Eller med andre ord, det må være opp til de enkelte kommuneklynger å avgjøre hvorvidt og i så fall hvordan de vil initiere FoU-aktiviteter på andre tjenesteområder og sektorer enn helse.

Samtidig virker det hensiktsmessig at de strukturene som etableres på nasjonalt og regionalt nivå er tilpasset det faktum at kunnskapsløftet for kommunene inntil videre primært har et helse- og omsorgsfokus, da erfaringene så langt tyder på at det er her det enklest å få på plass samarbeidsstrukturer. Dette skal ikke forstås dithen at ambisjonen om et generisk kunnskapssystem på tvers av tjenesteområder burde oppgis. Det er kun en vurdering i retning av å hensynta faktiske, lokale realiteter når man utformer strukturene på høyere nivåer.

## 5.2.2 Hva skal være klyngenes og motorkommunenes rolle?

Vår vurdering er at det er i kommuneklyngene at de konkrete FoU-aktivitetene vil utspille seg – i hvert fall i de tilfellene der man har et reelt samarbeid innad i klyngen. Eventuelle tilfeller der småkommunene nærmest bare blir holdt orientert av motorkommunen bør ikke bli regnet som reelt fungerende kommuneklynger.

Motorkommunerollen er essensiell. Små kommuner er avhengige av deltakelse i klyngeorganisering eller andre former for samarbeid med kommuner som har kapasitet til å «dra lasset». Ut fra materialet vårt er det imidlertid ikke mulig å si noe særlig mer konkret om hvilke egenskaper en motorkommune bør ha – utover at den bør ha en viss størrelse. Ideelt sett bør en kommune ha en portefølje av FoU-aktiviteter for å bli regnet som «motorkommune-kandidat», slik KSF-rapporten (KSF, 2019) stiller krav om (s. 40). Men vi vurderer det slik at man per i dag ikke bør stille det som et krav. Erfaringene som etter hvert vil bli høstet i *FOUSAM* og *Helse- og omsorgsutvalet*, som har motorkommuner uten slik forhistorie, vil være viktige for å vurdere om dette bør gjøres til et krav i framtida. Det er trolig flere store og mellomstore kommuner i Norge som er i posisjon til å innta en motorkommunerolle. De må trolig motiveres til å samarbeide med (omliggende) mindre kommuner.

Spørsmålet som da melder seg, er hvilke insentiver en kommune har for å bli motorkommune. Noen av dagens motorkommuner mottar noe midler til prosjektstillinger fra de andre kommunene i klyngen, men vårt inntrykk er at utsiktene til et «spleiselag» ikke er en vesentlig motivasjon for kandidat-motorkommuner som Trondheim og Bodø. Snarere skinner det gjennom i intervjuene i flere av regionene at man har en tro på at samarbeid med omliggende kommuner vil skape nye muligheter. Og vi aner vel også at ambisiøse ledere kan se for seg at motorkommunestatusen vil øke kommunens anseelse og prestisje.

Men det er viktig å ikke se seg blind på de kommunene som inngår i vårt datagrunnlag, da disse må regnes som «lavthengende frukter» i en mobiliserings- og videreutviklings-sammenheng. Det er grunn til å anta at andre «motorkommune-kandidater» vil trenge tilskuddsmidler som «såkorn» i en oppstartsfase. Med unntak fra kravet om eksisterende FoU-aktiviteter mener vi motorkommunens rolle er hensiktsmessig beskrevet i KSF-rapporten (KSF, 2019).

Neste spørsmål som oppstår, er hvordan man skal gå fram for å etablere nye kommuneklynger, og hvordan man kan motivere de øvrige kommunene til å delta.

Informantenes vurdering er at nøkkelen til mobilisering av kommunene er å synliggjøre hvilken nytte de kan ha av deltakelse: At det vil bidra til – på sikt – å løse dagens og morgendagens hverdagsutfordringer. Etter manges mening gjelder dette også småkommuner.

En viktig erfaring er at KSF-arbeidet i kommunen bør forankres politisk i egen strategi eller i planverket. Det må også forankres i administrasjonen og i de enkelte virksomhetene. Andre suksessfaktorer er bred forankring av implementeringsarbeidet, siden det kreves både vilje og kompetanse for å endre og utvikle tjenestetilbudet. Og så tyder erfaringene hittil på at det må allokeres tilstrekkelige ressurser, det må gis muligheter for kompetanseheving, og FoU-kontaktene må få klare oppgaver og mandater.

I videre mobiliseringsarbeid for å etablere nye klynger kan man enten ta sikte på å identifisere eksisterende samarbeidsstrukturer og så arbeide for å inkorporere FoU-aktiviteter i disse. For sektorovergripende strukturer kan interkommunale råd og/eller kommunedirektørutvalg og/eller regionale organer med øverste kommunale ledelse brukes. Det er viktig med toppforankring, samt nivåinndeling i styrende/strategiske og taktiske/operative ledd.

Alternativt kan man ta sikte på å identifisere kommuner som har betydelige FoU-aktiviteter og så bygge nye samarbeidsstrukturer eller ta bruk eksisterende strukturer som aktuelle kommuner deltar i for å inkorporere nye kommuner inn i en ny klynge. Vi vurderer det slik at det siste er mest hensiktsmessig, men fraråder likevel ikke å forsøke det første i tilfeller der aktuelle kommuner viser interesse for en slik framgangsmåte.

Kommunene har ulik kapasitet til å delta i forsknings- og utviklingssamarbeid. Etter vår vurdering innebærer funnene knyttet til kommuners driftsfokus, kapasitet til kompetanseutvikling og evne til implementering av forskningsbasert kunnskap at KSF-strukturen må ta høyde for at ikke alle kommuner kan være like engasjert i forskningssamarbeid.

Videre, ut fra funn og resultater i kapittel 4 er det grunn til å anta at etter hvert som nye klynger kommer til, vil det i økende grad danne seg et heterogent bilde med store variasjoner. Vår vurdering er da også at man i mobiliseringsarbeidet bør formidle at flere ulike modeller for klyngeorganisering kan være hensiktsmessige. Selv om klyngene vil benytte seg av ulike modeller for organisering bør det samtidig være noen krav knyttet til at klyngen skal samarbeide med forskningsaktører, selv om dette altså kan gjøres på ulike måter. Dette er også i samsvar med KSF-rapporten (KSF, 2019).

Kommuneklyngene vil i overveiende grad måtte organiseres «nedenfra» – det vil si at hver klynge organiseres ut fra preferansene til deltakerkommunene. Lokale tilpasninger er viktig. I realiteten vil trolig motorkommunens syn veie tungt. Uansett bør det være flere alternative *modeller* eller *oppskrifter* for organisering av klynger som det regionale (og eventuelt det nasjonale) leddet bør anbefale overfor kommunene i mobiliseringsarbeidet – basert på de erfaringer som etter hvert gjøres. Man bør da også ta høyde for at det ikke er gitt at alle *modeller* vil fungere i alle regioner.

Organiseringen «ovenfra» vil være i form av betingelser for deltakelse i de regionale strukturene (og eventuelt det nasjonale leddet), samt eventuelt i form av betingelser for eventuelle økonomiske tilskudd til klyngene og enkeltkommuner.

Som nevnt anser vi at det trolig vil være hensiktsmessig å utarbeide en strategi eller strategi for videreutvikling av KSF. Heri kan inngå en mulighetsstudie der man tar sikte på å tegne et «norgeskart» med et forslag til en komplett struktur for klyngeorganisering for hele landet. I en slik plan vil man da måtte drøfte hvor mange motorkommuner som vil trenge, og kanskje hvilke som kan være aktuelle «kandidater».

### 5.2.3 Hva skal være det regionale nivåets rolle?

Det regionale nivået vil ha en svært viktig oppgave i å etablere nye klynger, særlig i områder der det i utgangspunktet ikke er mulig å identifisere opplagte motorkommunekandidater. Det vil trolig kreve systematisk, omfattende og langvarig innsats for å motivere mindre kommuner med ressurs- og kompetanseknapphet. Nøkkelen her er som nevnt ovenfor ha et pådriverorgan på regionalt nivå som har som oppgave å demonstrere at forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å utvikle og etablere bærekraftige tjenester.

Det er også vår vurdering at det regionale leddet er nødvendig som et bindeledd mellom klyngene og et nasjonalt KSF-organ.

Det er etter vårt syn ikke nødvendig at KSF-regionene er «blåkopier» av helseregionene. Men der hvor eksisterende samarbeidsstrukturer er knyttet opp mot helseregioner eller inntaksområdet til et universitetssykehus eller annet større helseforetak, vil det trolig kunne være fordelaktig å mobilisere slike inn i en KSF-struktur.



Vi legger til grunn at det regionale nivået i KSF-strukturen dels skal organiseres «ovenfra», i den forstand at KS og eventuelt andre aktører

- etablerer og i hvert fall delvis finansierer de nødvendige organer
- definerer mandat og funksjoner
- fastsetter betingelser for kommunenes/kommuneklyngenes og andre aktørers deltakelse eller representasjon i disse organene

Dette vil da utgjøre den regionale strukturen. Erfaringene så langt tilsier ikke vesentlige endringer i mandatet til det regionale nivået slik det er beskrevet i KSF-rapporten (KSF, 2019) – med ett viktig unntak: og det er at oppgaven med å etablere nye klynger bør legges til.

Det er for tidlig å vurdere om sekretariatsfunksjonen bør legges til en motorkommune, eller om den bør ligge separat, for eksempel i et KS-regionkontor.

Samtidig skal det regionale nivået trolig i noen grad organiseres «nedenfra», i den forstand at det i noen grad vil være opp til de deltakende kommunene (og eventuelt andre aktører) i hver av de regionale organene å tilpasse organisering, mandater og betingelser.

#### 5.2.4 Hva skal være det nasjonale nivåets rolle?

Det har bare vært ansatser til et nasjonalt KSF-organ, og da med fokus på helse og omsorg. Det har ikke vært grunnlag for å evaluere dette. KS har i stor grad ivaretatt det nasjonale arbeidet med KSF siden 2019 gjennom pådriverrollen og den interessepolitiske rollen som ble beskrevet innledningsvis i rapporten.

Ut fra generelle betraktninger basert på vårt samlede materiale så vurderer vi det slik at det er behov for et nasjonalt ledd som ivaretar helheten i KSF som et kunnskapsløft for norske kommuner. Det er flere årsaker til at vi mener det er behov for et nasjonalt ledd.

Det nasjonale nivået er nødvendig for å styrke formidlingen av kommunenes samlede forskningsbehov og ikke minst deres syn på utforming av forskningssystemet og dets virkemidler. Erfaringsutveksling om regionenes aktiviteter og behov vil kunne gi et grunnlag for et strategisk interessepolitisk arbeid opp mot andre nasjonale aktører i forskningssystemet, som vil kunne styrke KS sitt interessepolitiske arbeid for forskning og innovasjon i kommunesektoren.

I arbeidet med å videreutvikle KSF vil det være en rekke utfordringer som vil gjelde på tvers av regioner. Både i kommuneklynger og på regionalt nivå arbeides det med hvordan en kan møte disse utfordringene. Det er også en viss grad av samarbeid på tvers i dag både gjennom KS' koordinerende aktiviteter nasjonalt og på andre initiativ, men flere informanter viser til at dette arbeidet må styrkes. I tråd med dette mener vi det nasjonale nivået bør bidra til å systematisere den erfaringsutvekslingen som foregår i dag, og spesielt viktig vil det være at andre regioner kan lære av *KSF Vest-piloten* ettersom denne regionen har fått ressurser i kraft av å være pilot og derfor har jobbet systematisk med etablering av KSF-struktur og aktiviteter.

En viktig anbefaling i rapporten fra Folkehelseinstituttet (Bjerk m. fl., 2023) er at en eller flere nasjonale aktører bør støtte de regionale miljøene for å sikre utvikling av metoder, formidling, publisering og kompetanseutvikling. Det beskrives videre at et nasjonalt nivå bør gi en overbygning for et slikt kunnskapsstøttesystem for å understøtte forankring og prioritering av oppdrag, og til å bidra i å dele og formidle resultatene bredt i kommunene.

I intervjuene framkom det ulike meninger om hvorvidt det er hensiktsmessig å etablere en nasjonal oversikt over forskningsprosjekt som involverer kommuner. En slik oversikt kan bidra til økt bruk av gjennomført forskning, samtidig som det kan forhindre sløsing med forskningsressurser ved at man gjentar forskning som alt er gjennomført.

Vi vurderer det imidlertid slik at det vil være svært vanskelig og ressurskrevende å etablere og opprettholde en slik nasjonal oversikt. Uansett er dette en vurdering som må

gjøres fortløpende og som ledd i det nasjonale nivåets strategiske arbeid. Man må da vurdere om det er realistisk å etablere og vedlikeholde en form for portal for registrering av FoU-aktiviteter, eller om andre virkemidler – slik som konferanser og samlinger – vel så effektivt kan gi aktørene tilstrekkelig oversikt. Trolig bør det være de samarbeidende enkeltforskerne oppgave å holde seg oppdatert på sitt felt.

Ut fra dette vurderer vi mandatet som ble foreslått i KSF-rapporten som hensiktsmessig. Her gis det nasjonale leddet i hovedsak strategiske oppgaver og funksjoner, blant annet:

- Være en stemme inn mot nasjonale myndigheter
- Koordinere kunnskapsoppsummeringsprosjekter og andre tunge oppdrag/prosjekter
- Koordinere de regionale organene, sikre samordning og unngå redundans

Vi legger til grunn at det nasjonale leddet i KSF-strukturen skal organiseres «ovenfra», i den forstand at KS og eventuelt andre aktører

- etablerer og i hvert fall delvis finansierer de nødvendige organer
- definerer mandat og funksjoner
- fastsetter betingelser for kommunenes/kommuneklyngenes og andre aktørers deltakelse eller representasjon i disse organene

Et sekretariat for det nasjonale leddet bør trolig legges til KS. Også forslaget til sammensetning av det nasjonale leddet i KSF-rapporten framstår som hensiktsmessig, men det er viktig at representasjonen fra de regionale leddene er så omfattende at det nasjonale leddet kan ivareta funksjonen som et koordinerings- og samarbeidsorgan regionene imellom.

I den grad KSF nasjonalt skal gis en rådgivende funksjon med hensyn på KS' interessepolitiske arbeid på FoU-området, bør etablere en hensiktsmessig oppgave- og rollefordeling med *Strategisk råd for innovasjon og forskning* i KS, som er et rådgivende organ for administrerende direktør i KS og består av kommunedirektører og fylkesdirektører.

En viktig forutsetning for videreutviklingen av KSF er, som allerede nevnt, at KS viderefører sin pådriverrolle, både som utviklingspartner for kommunene og som interessepolitisk aktør, særlig overfor nasjonale myndigheter.

### 5.2.5 Hvilke andre aktører bør delta i KSF?

Kapittel 2 viser at det er flere initiativer for å støtte forskning og innovasjon i kommunal sektor som KSF må ses i forhold til eller koples til. Men er kun KSF som har et mandat og en innretning som setter kommunene i førersetet.

Flere av våre informanter i *KSF Vest-piloten* etterlyser mer samarbeid med kompetansesentrene. Flere informanter ønsker også USHT-ene inn i KSF-samarbeidet.

Etter vår vurdering vil en styrking av et samarbeid mellom KSF og kompetansesentrene kunne gi kunnskapsarbeidet større kraft og er slik sett i tråd med formålet med KSF. Det er uvisst om det er mulig å skape omforente aktiviteter med utgangspunkt i både kompetansesentrenes forskningsstyrte agenda og kommunenes brukerstyrte agenda.

USHT-ene regnes av enkelte som statens forlengende arm inn mot kommunale helse og omsorgstjenestene. Men de kan ha roller som formidlere og kanskje også kunnskapsoversettere inn i KSF-systemet – en eventuell mulighetsstudie vil kunne bidra til å avklare hvordan dette best bør gjøres.

Fylkeskommunene har også virkemidler og aktiviteter som støtter opp om forskning og kunnskapsbasert praksis, og disse bør også være involvert i KSF-strukturen på regionalt nivå. Spesielt kan fylkeskommunene trolig spille en viktigere rolle i en KSF-struktur som også omfatter andre sektorer. Dette illustreres godt i Møre og Romsdal, der fylkeskommunen er programeier for *Møre og Romsdal 2025-programmet*, hvori inngår regionens

ansats til en framtidig KSF-struktur. Også i *Partnerskap for forskning og innovasjon i offentlig sektor i Trøndelag* spiller fylkeskommunen en sentral rolle.

Kristiansand kommune samarbeider med UH-partnere over store deler av landet basert på felles faglige interesser, og ikke geografi, og informantene herfra understreker at det er viktig at det ikke legges geografiske begrensninger på mulige samarbeidspartnere for kommunene og klyngene. Vi deler denne vurderingen, men påpeker samtidig at det er usikkert om dette har vært en føring fra KS' side overhode. Vi påpeker også at det er et faktum at Universitetet i Agder – «nær-UH-institusjonen» i regionen – framstår som en svært viktig partner i FoU-samarbeidskonstellasjonene i fylket.

Vi finner grunn til å nevne i denne forbindelse at Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) foreslår å styrke helsefelleskapene, blant annet ved å tildele egne samhandlingsbudsjetter. Det foreslås også å etablere et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling som skal bidra til forskningsbasert kunnskap om hvilke samhandlingstiltak som virker. Erfaringene som etter hvert vil bli høstet fra *Helse- og omsorgsutvalet* (i gamle Sogn og Fjordane), som er basert på et helsefelleskap, vil være viktige for å vurdere hvilken rolle helsefelleskapene og et eventuelt tilhørende kompetansesenter kan og/eller bør ha i forhold til KSF-strukturene.

Samarbeid med andre aktører gjennom en kommuneklynge vil gjøre det enklere for små kommuner å delta i forsknings- og utviklingsarbeid ved at de i mindre grad behøver å forholde seg samtidig til flere parallelle strukturer, noe som kan være ressurskrevende. Enklere deltakelse for små kommuner er dermed også et bidrag til utjevning mellom kommuner.

For Forskningsrådet kan det være viktig å tilse at medvirkning fra kommuner vektlegges ikke bare i utlysninger, men også i søknadsvurderingene. Det er viktig at reelle og langsiktige partnerskap premieres i tildeling av forskningsmidler.

## 5.2.6 Andre momenter og hensyn for den videre utvikling av KSF

### Utvidet lovkrav om forskning i kommunene?

I punkt 4.5.1 refererte vi informanter som ønsket et utvidet lovkrav om forskning i kommunene utover det som allerede finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3. Et utvidet lovkrav kan på den ene siden tvinge kommunene til å prioritere forskning høyere. Vår vurdering er likevel at det er en rekke andre premisser og virkemidler som bør etableres før det er hensiktsmessig å innføre nye slike lovkrav. Kommunene har behov for å øke sin modenhet med hensyn til forsknings samarbeid og styrke kapasitet, finansiering og kompetanse. Uten at dette er på plass, vil et universelt lovkrav trolig ha begrenset effekt for mange kommuner.

Virkingen av den eksisterende bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 bør vurderes før man vurderer å utvide kommunenes lovpålagte forpliktelser på dette punktet.

### Forutsigbarhet i det videre arbeidet

Flere informanter uttrykte frustrasjon over at det de oppfattet som tilsagn om prosjektmidler ble trukket tilbake våren 2022. Selv om det kan ha vært gode grunner til denne finansieringsstoppen, så svekket den tilliten til satsingen. Vi anser at forutsigbarhet er nødvendig i det videre utviklingsarbeidet.

## 5.2.7 Hvordan avpasse hensynene til felles modell versus lokale behov?

For dette spørsmålet viser vi til konklusjonene ovenfor om organisering «ovenfra» og «nedenfra».

### 5.2.8 Hvordan kan KSF bidra til utvikling av praksisnær utdanning?

Vi viser til drøftingen i forrige kapittel, men har ikke kunnet konkludere i dette spørsmålet.

## 5.3 Anbefalinger

Ut fra dette kan vi framsette følgende anbefalinger.

Vi anbefaler at det utarbeides en strategi eller plan for videreutvikling av et kunnskapsløft for norske kommuner. Heri kan inngå en mulighetsstudie med en kartlegging av aktuelle «motorkommune-kandidater» og eksisterende samarbeidskonstellasjoner som kan inkorporere FoU-samarbeid. KS' pådriverrolle i det videre arbeidet bør beskrives.

Terminologien knyttet til KSF bør gjennomgås kritisk og vurderes spesielt med tanke på god kommunikasjon i den videre utviklings- og mobiliseringsinnsatsen.

Det nasjonale KSF-nivået bør ha som en viktig oppgave å bidra til at KS har en stemme inn mot nasjonale myndigheter, og som kan være en aktør nasjonale aktører som departementer og Forskningsrådet kan henvende seg til for dialog om større nasjonale FoU-prosesser.

Det regionale leddet bør styrkes og utvikles med tanke på å ha som oppgave å mobilisere kommuner inn i nye klyngedannelser.

Vi anbefaler at KSF-strukturen utformes med høy grad av fleksibilitet, slik at den tillater «opportunistisk» organisering nedenfra med høy grad av lokale tilpasninger. Både regioninndeling og struktur for øvrig bør være dynamisk, ved at den endres i takt med at nye kommuneklynger kommer til. Samtidig er forutsigbarhet nødvendig i det videre utviklingsarbeidet.

Der hvor det finnes eksisterende egnede samarbeidsstrukturer, bør disse benyttes i etablering av nye kommuneklynger og regioner.

Vi anbefaler at det avsettes såkorn-finansiering til etablering og oppstart av nye klynger.

## Litteratur

- Bjerk, M., Langøien, L., Førland, O., Sevid, C. og Moldøen, H. (2023). *Mot et kunnskapsstøttesystem for kommunene. Beskrivelse og erfaringer med modellutprøvinger*. Folkehelseinstituttet.
- BU21. (2020a). *Forskning som støtter praksis, utdanning og innovasjon. Delrapport arbeidsgruppe 1. Delrapport til strategiprosessen BarnUnge21*. Forskningsrådet.  
[https://www.barnunge21.no/siteassets/bu21\\_forskning\\_trykk.pdf](https://www.barnunge21.no/siteassets/bu21_forskning_trykk.pdf)
- BU21. (2020b). *Å bruke forskningsbasert kunnskap i praksis. Delrapport fra arbeidsgruppe 4. Delrapport til strategiprosessen BarnUnge21*. Forskningsrådet.  
[https://www.barnunge21.no/siteassets/bu21\\_praksis\\_trykk.pdf](https://www.barnunge21.no/siteassets/bu21_praksis_trykk.pdf)
- HelseOmsorg21. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.helseomsorg21.no/contentassets/1093b5baed6a4ee39eac5b8d59b32e7/pdf/helseomsorg21strategien-1.pdf>
- Humphreys, C., Berridge, D., Butler, I. og Ruddick, R. (2003). Making Research Count: the development of knowledge based practice. *Research Policy and Planning*, 21(1), 41-49.
- F Årsrapport 2022. Kunnskapskommunen HelseOmsorg Vest. Bergen: Kunnskapskommunen.
- KS. (2020). *Langtidsstrategi for KS 2020–2023*. Oslo: KS – Kommunesektorens organisasjon.  
<https://www.ks.no/contentassets/c3956e026d294f6da237f9d6bed73a20/ks-langtidsstrategi-F41-web.pdf>.
- KSF. (2019). *Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)*. HelseOmsorg21.  
<https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>
- MacKillop, E., Quarmby, S. og Downe, J. (2020). Does knowledge brokering facilitate evidence-based policy? A review of existing knowledge and an agenda for future research. *Policy & Politics*, 48(2), 335-353.  
<https://doi.org/10.1332/030557319x15740848311069>
- Meld. St. 6 (2018–2019). *Oppgaver til nye regioner*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Meld. St. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Menon. (2022). *Evaluering av innovasjonsprosjekter i offentlig sektor (IPO) og offentlig sektor-PH.D. (OFFPHD)*: <https://www.menon.no/evaluering-av-innovasjonsprosjekter-i-offentlig-sektor-ipo-og-offentlig-sektor-ph-d-offphd/>
- NIVI Rapport 2021:1 *Interkommunalt samarbeid i Trøndelag*. Utarbeidet for Statsforvalteren i Trøndelag.
- NOU 2023: 4. *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023: 9. *Generalistkommunesystemet. Likt ansvar – ulike forutsetninger*. Oslo. Kommunal- og distriktsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5a25f42bd97345c29593c03a515738d2/no/pdfs/nou202320230009000dddpdfs.pdf>

- Prop. 1 S. (2023–2024, HOD). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2024*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/e506b368e0ff4721b7a335b35acd872b/nn-no/pdfs/prp202320240001\\_kdddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e506b368e0ff4721b7a335b35acd872b/nn-no/pdfs/prp202320240001_kdddpdfs.pdf)
- Prop. 1 S. (2023–2024, KD). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2024*. Oslo. Kunnskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/db237eb54f064a88834d8bc0afed4702/no/pdfs/prp202320240001hodddpdfs.pdf>
- Prosjektgruppe KSF-pilot Midt (2023). *KSF Pilot Midt*. Rapport fra første fase. Trondheim kommune.
- Sverdrup, Sidsel (2002): *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Wiig, O., Rørstad, K., Aksnes, D.W., Ekeland, E., Aagestad, C. & Stenstadsvold, M. (2020). *Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor*. Oslo: NIFU Rapport 2020: 28.