



UiO • Universitetet i Oslo

Praksisnær forskning i tannhelsetjenesten

Hilde Vogt Toven

MASTEROPPGAVE

Høst 2020

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Sammendrag

Denne studien vedrører praksisnær forskning i tannhelsetjenesten og er gjennomført som en kvalitativ undersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten og i de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Målet med undersøkelsen er å få frem kunnskap om hva tannhelsetjenesten forstår med begrepet praksisnær forskning, hvilken erfaring de har med det, hva som påvirker deltakelse og hvilken nytte de kan ha av denne type forskning.

Studien viser at tannhelsetjenesten har begrenset erfaring med praksisnær forskning og at det er få praksisnære forskningsprosjekter. Dette til tross for en nasjonal forskningsstrategi på tannhelsefeltet. Strategien vektlegger nettopp involvering av tjenesten i praksisnære forskningsprosjekter, som et viktig virkemiddel for relevant odontologisk forskning og for kunnskapsutvikling i tjenesten.

Studien viser at det er noe ulikt hva respondentene oppfatter som praksisnær forskning, og hvordan tjenesten arbeider eller er involvert i slike prosjekter. Flere sier likevel at dette er et utviklingsområde og at man har satt i gang tiltak og prosjekter hvor det er samarbeid mellom tjenesten og de odontologiske kompetansesentrene om praksisnære forskningsprosjekter.

En felles begrepsforståelse av praksisnær forskning i tannhelsetjenesten etterlyses. I tillegg ønsker man å øke kompetansen og utvikle metoder for hvordan praksisfeltet kan involveres i praksisnær forskning, slik at det oppnås en læringseffekt.

Faktorer som ledelse, arbeidskultur, medarbeidernes interesse og motivasjon, samt rammebetingelser som tid og økonomi, påvirker i hvilken grad tannhelsetjenesten deltar i praksisnær forskning. Flere er opptatt av at deltakelse ikke skal gå på bekostning av pasientbehandling og den «daglige driften».

Informantene oppfatter at nytten av å delta i praksisnær forskning er knyttet til å få økt kompetanse, motivasjon og utvikling av ansatte, samtidig som det også gir flere forskningsprosjekter og utvikling av eget fagfelt. Ikke alle respondentene ser foreløpig den konkrete nytten av resultater fra praksisnære forskningsprosjekter, selv om de mener det har et potensial for fremtiden, - men forskning tar tid og er en omfattende prosess.

Forord

Denne masteroppgaven er en del av en erfaringsbasert master i helseadministrasjon og helseledelse ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg startet på studiet, august 2018, og har i denne perioden vært gjennom 12 enkeltfag med eksamen. Siste oppgave i studieprogrammet er å produsere en masteroppgave. Deltakelse har gitt meg mulighet til å lære og fordypet meg i relevante tema innen helseadministrasjon og helseledelse. Alle fagområdene er høyst aktuelle og kan klart overføres og anvendes i mitt daglige arbeid.

Masteroppgaven har for min del vært en prosess som har tatt mer tid og ressurser enn forventet. Jeg startet med oppgaven vinter 2019, med ambisjon om å ferdigstille den til sommeren 2020. Covid 19 pandemien gjorde at oppgaven ble forsinket, både på grunn av egen arbeidskapasitet, da jeg måtte prioritere oppgaver knyttet til pandemien, men også fordi innsamling av data tok lenger tid enn planlagt. Nesten alle intervjuene er gjort ved hjelp av digitale løsninger.

Valg av tema er ut ifra egeninteresse og erfaring. Organisasjonsutvikling, kompetanseheving, forskning og utvikling er viktig for tannhelsetjenesten. Ikke minst for å sikre en profesjonell helsetjeneste, både faglig, organisatorisk og strategisk. Helsemyndighetene har satt dagsorden og løftet praksisnær forskning i sine styringsdokumenter. Hva det betyr og hvordan tjenesten oppfatter det ønsket jeg å undersøke mer i denne oppgaven.

Takk til min veileder professor Sverre Grepperud ved Institutt for helse og samfunn, Medisinsk Fakultet, som har gitt gode råd og veiledning underveis. Han har vært faglig trygg, motiverende og gitt gode og konkrete tilbakemeldinger. Takk også til forskningsleder og forskere ved TkØ for diskusjoner, tips og råd. En stor takk til informantene fra Den offentlige tannhelsetjenesten og fra kompetansesentrene som tok seg tid til å dele sine tanker og erfaringer om praksisnær forskning.

Takk også til en tålmodig familie og kolleger som har forsøkt å skjerme meg slik at det ble ro og tid til lesing, skriving og fordypning.

Hilde Vogt Toven

Innhold

Sammendrag.....	2
Forord	3
1 Introduksjon.....	6
1.1. Problemstilling	6
1.2. Mål og hensikt.....	6
2 Analytisk rammeverk	7
2.1 Lovverk.....	7
2.1.1 Lov om tannhelsetjenesten	7
2.1.2 Lov om helsepersonell	7
2.2 Melding og strategi	8
2.2.1 Stortingsmelding.....	8
2.2.2 Forsknings- og innovasjonsstrategi.....	8
2.2.3 Kartlegging av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge.....	9
2.3 Praksisnær forskning (PNF)	10
2.4 Forskningssamarbeid og involvering	13
2.5 Atferdsendring	15
2.6 Kunnskap og læring.....	18
3 Metode	20
3.1 Kvalitativ metode.	20
3.2 Forskerrollen - refleksivitet, relevans og validitet	20
3.3 Utvalget.....	21
3.4 Gjennomføring av intervjuene	22
3.5 Etske hensyn	23
4 Prosjektets resultater	23
4.1 Kunnskap om PNF	24
4.2 Involvering og bruk av PNF.....	25
4.3 Faktorer som påvirker deltakelse.....	27
4.4 Nytte av PNF	31
4.5 Resultater - oppsummering	32
5 Analyse.....	34
5.1 Kunnskap om PNF	34
5.2 Deltakelse i PNF	36
5.3 Faktorer som påvirker involvering i PNF	37
5.3.1 Rammebetingelser.....	37

5.3.2	Organisasjonsutvikling	38
5.3.3	Motivasjon	39
5.3.4	Evne og kunnskap	40
5.4	Nytte av PNF	40
5.4.1	Forskingskunnskap.....	41
5.4.2	Kompetanseheving	42
5.4.3	Endringskultur.....	43
6	Konklusjon og hovedfunn	44
	Litteraturliste	46

1 Introduksjon

1.1. Problemstilling

Helsetjenesten er kompleks. En forutsetning for at pasienter skal få god behandling er at helsetjenesten kan ta i bruk tilgjengelig kunnskap og identifisere områder med manglende kunnskap. Samfunnet er i rask endring og utvikling. Rammefaktorene endres, og det kommer nye krav, men også nye muligheter. Det betyr at helsetjenesten må tilpasses nye forutsetninger. Kontinuerlig utvikling og forbedring av tjenesten innebærer kvalitetsarbeid, forskning og utvikling (FoU). Avstanden mellom forskning og praksis er en bekymring for helsetjenesten, og dersom man mislykkes i å omsette forskning til praksis kan det ha store konsekvenser (McIntyre, 2005). Utfordringen er hvordan tjenesten skal arbeide med å forbedre seg og utvikle ny kunnskap for å tilpasse seg nye rammebetingelser. Dette for å gi best mulig helsetjenester av god kvalitet, på en god og effektiv måte.

Denne oppgaven handler om forskning og praksis, og hvordan tannhelsetjenesten forstår, omdanner og involveres i praksisnær forskning.

1.2. Mål og hensikt

Målet med undersøkelsen er å få bedre kunnskap om hva tannhelsetjenesten forstår med praksisnær forskning, hvilke erfaringer de har, hva de mener påvirker deltakelse, og hva de opplever som nyttig. Det gjør jeg ved å intervjuere ledere fra Den offentlige tannhelsetjenesten og forskere/forskningsledere ved de odontologiske kompetansesentrene.

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om informantenes begrepsforståelse, se på hvilken erfaring de har, identifisere hva de mener er utfordringer og hva som skal til for at tjenesten kan nyttiggjøre seg praksisnær forskning i den kliniske hverdagen.

Med dette som utgangspunkt er mine forskningsspørsmål som følger:

- Hva forstås med praksisnær forskning i tannhelsetjenesten (kunnskap)?
- Hvilken erfaring har man med å delta i praksisnær forskning?
- Hvilke faktorer påvirker deltakelse i praksisnær forskning (motivasjon og organisering)?
- Hvilken nytte har praksisnær forskning for tjenesten (læring, implementering og organisasjonsutvikling)?

Forskningsspørsmålene vil bli forsøkt besvart gjennom intervju og bruk av kvalitativ metode.

2 Analytisk rammeverk

Det analytiske rammeverket for oppgaven beskrives i dette kapittelet. Det omhandler relevante regler, lovverk, rapporter om praksisnær forskning og teori om praksisnær forskning, atferd og endring, kunnskap og læring.

2.1 Lovverk

2.1.1 Lov om tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten reguleres gjennom tannhelsetjenesteloven (Tannhelsetjenesteloven, 1983), som gjelder Den offentlige tannhelsetjenesten forankret i fylkeskommunen. Den offentlige tannhelsetjenesten yter vederlagsfrie tannhelsetjenester til prioriterte grupper og sørger for tilgjengelighet til spesialisttannhelsetjenester for dem som bor eller oppholder seg i fylket. Det stilles krav om at virksomheten skal være faglig forsvarlig og at den skal innrette seg slik at tannhelsepersonellet får nødvendig opplæring, inkludert etter- og videreutdanning. Den største delen av tannhelsetjenesten er imidlertid privat organisert og i stor grad privat finansiert. Den tilbyr tjenester til den øvrige voksne befolkningen, som stort sett betaler for tjenesten selv.

Verken offentlig eller privat tannhelsetjeneste har forpliktelser med hensyn til forskning og fagutvikling. Dette i motsetning til det lovpålagte *sørge-for-forskningsansvaret* i spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 kap 3), og det lovpålagte *medvirkningsansvaret* og *tilretteleggingsansvaret* kommunesektoren har (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

2.1.2 Lov om helsepersonell

Tannhelsepersonell (tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær) har på samme måte som annet helsepersonell plikt til å gi faglig forsvarlige helsetjenester (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

2.2 Melding og strategi

2.2.1 Stortingsmelding

St. meld. nr 35 (St. meld. nr. 35 (2006-2007)) har vært og er fortsatt sentral for utvikling av tannhelsetjenesten i Norge. Regjeringen ønsket å styrke det regionale forvaltningsnivåets (fylkeskommunen) kompetanse når det gjelder kunnskapsoppbygging om befolkningens tannhelse gjennom kunnskapsoppsummering, praksisnær forskning, helsetjenesteforskning og helsefremmende og forebyggende arbeid. Det ble slått fast fra norske helsemyndigheter at man ønsket å styrke forskningsaktiviteten og forskningskompetansen i tannhelsetjenesten. Slik forskning, heter det i meldingen, vil gi både det regionale forvaltningsnivået og statlige helsemyndigheter et bedre kunnskapsgrunnlag for utvikling av politikk på feltet.

Et av virkemidlene, for å øke forskningsaktiviteten nær praksisfeltet, var å etablere og finansiere forskning ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. I løpet av en 10-15 års periode har det vært etablert 6¹ regionale odontologiske kompetansesentrene forankret i fylkeskommunen. Hensikten med kompetansesentrene er bl.a. å ha en viktig støttefunksjon/veilederfunksjon for forskning initiert i tjenesten.

2.2.2 Forsknings- og innovasjonsstrategi

Regjeringen la i 2017 frem en ny forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Bakgrunnen var Regjeringens handlingsplan for oppfølging av den nasjonale strategien HelseOmsorg-21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Her fremholder Regjeringen en forventning om et kraftig løft for forskning og innovasjon innen helse- og omsorgstjenestene. I den sammenheng ble det varslet en egen forskningsstrategi på tannhelsefeltet.

Forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse har over mange år blitt hengende etter forskning på andre helsetjenesteområder, og man så det som nødvendig å satse på kunnskap, innovasjon og ny teknologi for å møte morgendagens utfordringer.

Strategien på tannhelsefeltet skal bidra til forskning og innovasjon av høy kvalitet, som er nyttig for tjenesten og for brukerne/pasientene. Strategien bygger på følgende fem innsatsområder:

¹ Per 2020 er det 5 regionale odontologiske kompetansesentre da Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (TKS) var nedlagt 31.12.2019.

- Praksisnær forskning og innovasjon for bedre behandling og kompetanseheving i tannhelsetjenesten
- Helsedata for målrettet helsefremmende aktivitet og kunnskapsbaserte tannhelsetjenestene
- Flerfaglighet og samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten
- Forskning av høy kvalitet og sterkere nasjonalt og internasjonalt samarbeid
- Strategisk rekruttering og gode betingelser for forskning

I strategien framkommer at de regionale odontologiske kompetansesentrene har en viktig rolle i praksisnær forskning, med et særskilt ansvar for forskning rettet mot innbyggere med rettigheter og til personer med omfattende tannhelseproblemer. I tillegg skal kompetansesentrene ha veilederfunksjon for forskning initiert i tjenesten. Praksisnær forskning beskrives som et viktig tiltak for kontinuerlig utvikling og forbedring av tannhelsetjenesten. Involvering av tjenesteytere og brukere/pasienter kan bidra til å avdekke relevante kliniske problemstillinger og gi økt treffsikkerhet i utforming og gjennomføring av forskningsprosjekter. Aktiv deltakelse vil i tillegg gi tannhelsepersonell bedre forståelse for fagutvikling og forskning, samt medvirke til raskere implementering av ny kunnskap ute i praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017 side 11).

2.2.3 Kartlegging av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge

NIFU gjorde i 2013 en kartlegging av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge (NIFU, 2014). Kartleggingen viste at forskningsaktiviteten på tannhelsefeltet er begrenset, og har i stor grad vært ivarettatt av de odontologiske lærestedene (universitetene). Odontologi og tannhelse er et lite forskningsfelt, målt ved mengden ressurser til forskning og utviklingsprosjekter (FoU). I 2011 utgjorde totale utgifter til forskning på odontologi og tannhelse 180 millioner kroner. Som andeler av total FoU per sektor, utgjorde fagfeltet henholdsvis én prosent av universitet- og høgskolesektoren og bare 0,22 prosent av instituttsektoren.

Kartleggingen viste også at flesteparten av artiklene som er publisert innen odontologi var fra institutter ved de tre odontologiske fakultetene ved Universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. De stod for til sammen tre fjerdedeler av alle publikasjonene som i 2013 var ca. 200 publikasjoner (NIFU, 2014 side 46).

2.3 Praksisnær forskning (PNF)

Forskning og utvikling (FoU) er et begrep som anvendes ofte i tjenesten. Begrepet er også brukt i den norske FoU-statistikken (NIFU, 2015) og som bygger på OECDs definisjon.

Definisjon av FoU er ifølge OECD (OECD, 2015);

- **Forskning og utviklingsarbeid** er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap - herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn - og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.
- **Grunnforskning** er eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlaget for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.
- **Anvendt forskning** er virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er imidlertid primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.
- **Utviklingsarbeid** er systematisk virksomhet som anvender kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot det å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forberede prosesser, systemer og tjenester.

Viktige kriterier som må være oppfylt for at aktiviteten skal regnes som FoU, er at den må inneholde noe nytt, være kreativ, ha usikkerhet knyttet til resultatet, være systematisk og kunne overføres og/eller reproduseres (NIFU, 2015).

Forskningsprosessen inneholder følgende trinn:

1. Litteraturgjennomgang
2. Metodevalg
3. Søknader og godkjenninger
4. Datainnsamling
5. Dataanalyse
6. Tolkning og slutninger om data
7. Publisering

Begrepet praksisnær forskning (PNF) brukes i flere styringsdokumenter og oppdragsbrev fra sentrale helsemyndigheter. Men det er ikke helt klart hva man definerer som praksisnær forskning og hvordan slik forskning bør foregå. Det kan derfor være nødvendig og forsøkte å definere hva som ligger i begrepet PNF og hvem som er aktørene i dette arbeidet.

Slik det beskrives i innovasjon og forskningsstrategien på tannhelsefeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) er de sentrale aktørene tjenestebrukere (pasienter), tjenesteytere (tannhelsepersonell) og forskere, samt deres nettverk.

Internasjonalt brukes terminologi som «Community Campus Partnership» (CCP), «Participatory Action Research» (PAR) og «Community Based Research» (CBR) (Willumsen & Studsrød, 2010).

Det brukes ulik terminologi når man snakker om forskning *i* og eller *med* tjenesten. I Norge brukes ofte begrepene «PNF», «deltagende forskning» og «anvendt forskning». Det finnes flere definisjoner av det man på norsk kan beskrive som PNF. Definisjonene er opptatt av grenseflaten mellom praksisfeltet og forskning (akademia) og hvor man forstår det som et praksisområde i seg selv (Wenger, 1998). Praksisnær forskning og utviklingsarbeid handler om studier som gjennomføres nær området hvor kunnskap anvendes, ideer søkes virkeliggjort, sedvaner dominerer og instituerte framgangsmåter utfolder seg som en konvensjon. Forskingen kjennetegnes av å forske sammen med aktørene i felten (Hummelvoll, 2011). Grenser og samhandling mellom praksisfeltet og akademia/forskning kan forstås på flere måter. Wenger kalte det «community of practice». I dette grenselandet kan det oppstå uenighet, misforståelser og konflikter, men også konstruktiv samhandling, felles kunnskapsutvikling og forandring.

Begrepet «Participatory practice research» defineres som å ligge i grenselandet mellom tradisjonell forskning (practice research) og kvalitetsutvikling (practitioners research) som referer til «practice-minded researchers» og «research-minded practitioners» (Uggerhøj, 2017).

«Community-based participatory research» (CBPR) er presentert som en samarbeidene tilnærming til forskning som kombinerer systematiske undersøkelser, samarbeid og handling/implementering (Minkler, 2005).

Definisjonen til Andersson (2018) trekker frem at det i PNF ligger mer enn metode, objekt eller prosedyre for forskning. Det er en vitenskap for kunnskapsutvikling og bruk av kunnskap, og inkluderer samarbeid i planlegging, gjennomføring og sluttresultat (produkt). Andersson definerte Participatory research (PR) slik:

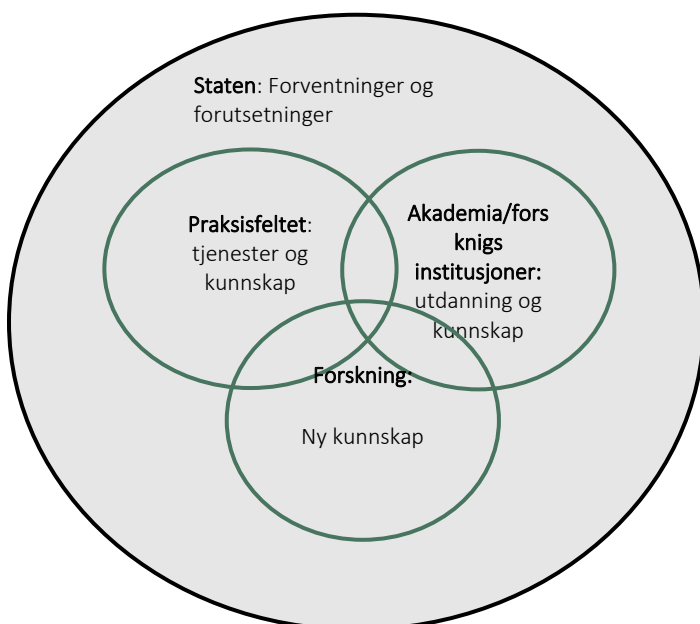
“Participatory research is more than a method, more than an objective, and much more than a branded research procedure like Participatory Action Research or Community-based Participatory Research; it is a science and a discipline of knowledge creation and use. More specifically, participatory research is the science of partnerships underlying research, concerned with research governance, ownership of research products, and relationships behind research objectives and methods.”

(Andersson, 2018 page 154-155)

Gjennom «Participatory research» (PR) oppnår man en merverdi av forskningen gjennom samarbeid mellom forskere og dem som blir påvirket av forskningen. Samarbeidet bidrar til fordeler i helsetjenesten ved at det øker kvaliteten på forskningen, gir eierskap til forskningen (empowerment), øker kapasiteten, er programutvidende og gir nye uventede aktiviteter (Jagosh et al., 2012).

PNF defineres altså ikke bare ut ifra hva som undersøkes, men ut fra hvordan forskningen blir gjort (Bjørkly & Ødegård, 2017). Det finnes mange kategorier av forskning som kan klassifiseres avhengig av bl.a. vitenskapelig perspektiv, forskningsmetode, forskningsspørsmål, designtype, fagområde mm. PNF er tverrgående forhold til disse faktorene. De sentrale aktørene er tjenestebrukere, tjenesteytere og forskere, og deres nettverk. Det praksisnære vil være samspillet mellom aktørene og de ulike kontekstene det foregår i (Bjørkly & Ødegård, 2017).

PNF kan defineres som et partnerskap med praksisfeltet i forskning med hensikt å oppnå noe mer enn selve forskningsresultatet.



Figur 2.1: Modell over samhandling mellom praksisfelt, akademia og forskning (tilpasset fra Alstveit, Willumsen, & Ødegård, 2017)

Samhandlingsområdene mellom praksis og forskning illustreres i modellen over (se figur 2.1), hvor konteksten er statens/helsemyndighetens rammebetingelser for samarbeid. Størrelsen på området for samhandling mellom de ulike delene er ikke gitt, men er fleksibelt (Alstveit et al., 2017).

Helsemyndighetene har ønsket å styrke området for samhandling for bedre kvaliteten på tjenesten og bidra til mer odontologisk forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). En mulig tolkning av helsemyndighetens forståelse av PNF synes å samsvare med begrepet grepet *participatory research* (Andersson, 2018) som også anvendes på andre helsefagområder (Damwad Norge, 2015).

2.4 Forsknings samarbeid og involvering

Definisjon av hva som faktisk er PNF er ikke konkretisert og definert i tannhelsetjenesten.

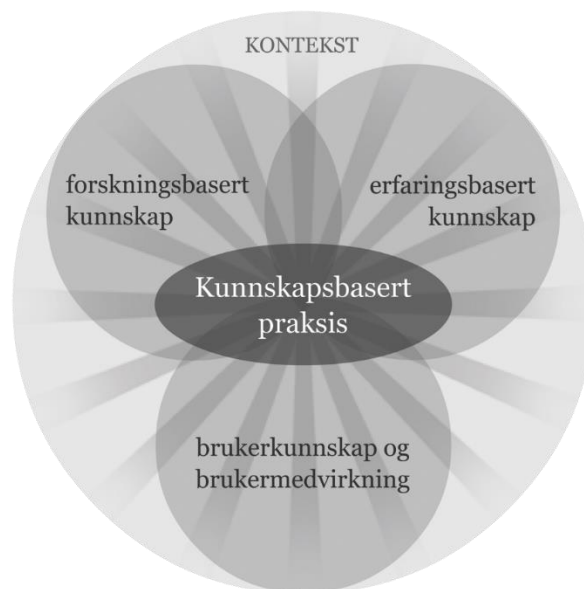
Forskningsprosjekter bygges opp ut ifra hva det forskes på, og hva man ønsker å vite noe om. Det vil være forskjell hvor praksisnært et forskningsprosjekt er avhengig av prosjektet og hvem som gjør intervensjonen, observasjonen og hvem som gir informasjon (Bjørkly & Ødegård, 2017).

Begrepet PNF er, gitt definisjonene foran, ikke knyttet til en type forskning, men mer til graden av involvering som har som formål tjenesteutvikling og behandlingsutvikling som formål. Man snakker derfor om PNF i bred forstand.

PNF krever aktiv involvering av tjenesten gjennom *deler eller hele forskningsprosessen*. Man kan dele et prosjekt inn etter hvor stor grad tjenesten har vært involvert i forskningen og om det gjelder et eller flere av forskningstrinnene. På den ene siden har man prosjekter hvor tjenesten er initiativtaker og prosjektet blir gjennomført av «ikke forskere» i tjenesten, mens man på andre siden har forskere som bruker tjenesten som objekt for forskningen. Mellom disse ytterpunktene er forskning utført med ulik grad av samhandling, noe som kan gi en mereffekt av forskningen (Jagosh et al., 2012) ved at man:

1. sikrer relevant forskning
2. sikrer rekrutteringskapasiteten
3. sikrer faglig kapasitet og kompetanse i interessegrupper
4. avdekker produktive konflikter og nyttige forhandlinger
5. øker kvaliteten på produksjon og resultater over tid
6. sikrer bærekraftige prosjekter
7. utvikler system for læring, endring og utvikling

Helsetjenesten og tannhelsetjenesten skal drive sin virksomhet i henhold til kunnskapsbasert praksis, som er et begrep i helsetjenesten som innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder for å utøve praksis. De ulike kildene kan deles inn i forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap. Denne kunnskapen vil samlet være med på å bedre kvaliteten på tjenesten.



Figur 2.2: Kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket.no)

Hvordan tannhelsetjenestestesten forholder seg til forskningsbasert kunnskap kan for eksempel vurderes ut i fra ulike roller de tar (Damwad Norge, 2015).

- 1. Rollen som konsument** av forskning innebærer å lese seg opp og bruke tilgjengelig forskning i tjenesten. Samfunnet er i kontinuerlig endring og det er nødvendig å holde seg faglig oppdatert for å gjøre en god jobb. Rollen som konsument omfatter å sette seg inn i ny forskning ved å lese forskningslitteratur eller delta på seminarer/kurs. Det er altså en forventning (Helsepersonelloven, 1999) om at helsepersonell setter seg inn i ny og oppdatert kunnskap. Likevel er det noen utfordringer ved å være konsument av forskning. Det er bl.a. knyttet til (Damwad Norge, 2015);
 - kapasitet (vanskelig å forstå og lite tilgjengelig kunnskap/artikler),
 - overførbarhet (forskningen kan ikke direkte overføres til klinisk hverdag),
 - kvalitet (vanskelig å vurdere kvaliteten av forskningen) og
 - tid (ikke avsatt tid fra klinisk arbeid til studie og fordypning).

2. **Rollen som deltaker i forskning** kan deles inn etter i hvilken grad og hvordan tjenestebrukere og tjenesteytere er involvert i forskningen. Det kan grovt deles inn i to; medforsker eller deltaker (Bjørkly & Ødegård, 2017). **Deltaker** innebærer at brukeren deltaker i selve undersøkelsen. Det er nærliggende å tenke at pasienter er deltaker, men også tannhelsetjenestepersonell kan være deltakere. Deltakeren inngår i selve prosjektet og samtykker til å delta med sin opplevelse, som for eksempel å teste ut et fyllingsmateriale, fylle ut et spørreskjema, la se intervju eller observere. Denne rollen er altså noe avgrenset. Rollen som **medforsker** innebærer at personer i kraft av sin erfarings- og brukerkompetanse deltar på ulike vis i forskningsprosessen og samarbeider med utdannende og kvalifiserte forskere i kunnskapsutviklingen, slik beskrevet i begrepet «participatory research».

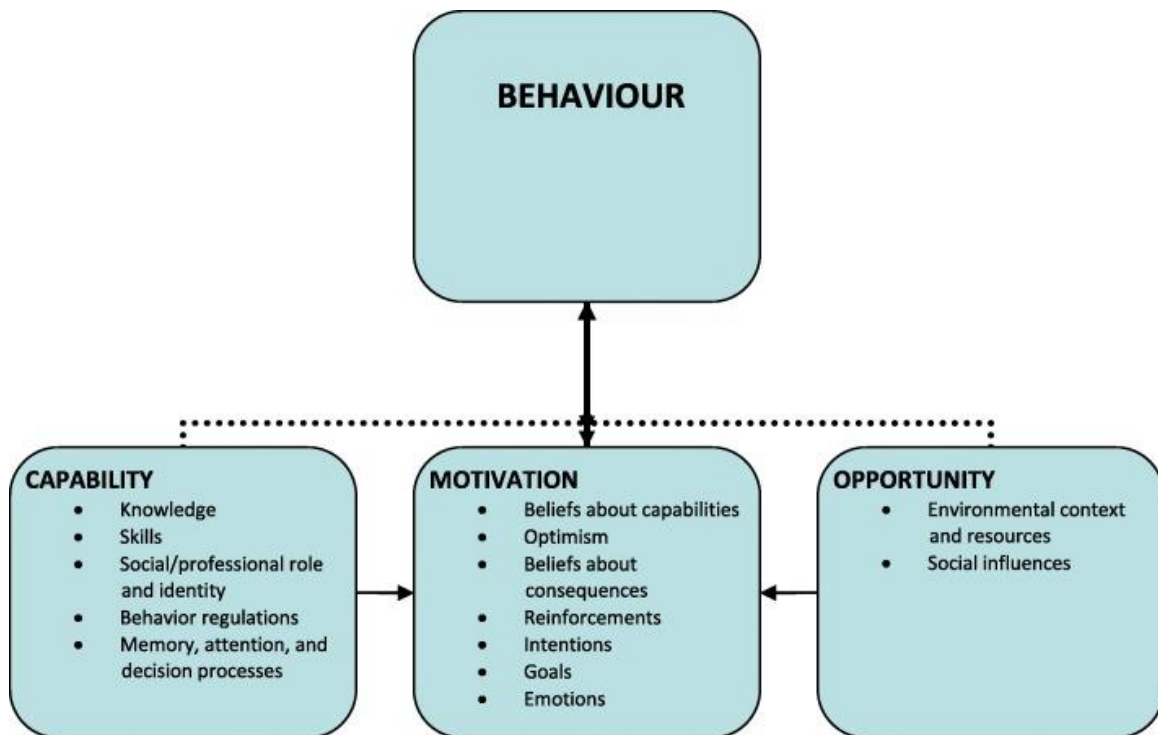
3. **Rollen som objekt for forskning** innebærer at organisasjonen primært bidrar med datainnnsamling. Dette er en mer passiv rolle hvor organisasjonen bidrar i forskningsprosjekter ved å stille data til rådighet. Det kan enten være journal/pasientdata eller andre data fra organisasjonen. Tilgjengelighet til data er en premis for forskningen.

2.5 Atferdsendring

Modell for atferdsendring, COM-B-modellen

For å forstå og analysere faktorer som fremmer eller hemmer endring er det tatt utgangspunkt i den teoretiske modellen Com-B «Behaviour Change Wheel» som er et teoretisk rammeverk over faktorer som oppfattes om hindringer eller fremmere for atferdsendringer (Michie, van Stralen, & West, 2011).

Modellen teoretiserer hvordan tre faktorer knyttet til kapasitet, mulighet og motivasjon innvirker på atferd. Faktorene kan hver for seg og samlet påvirke hverandre på forskjellig måte.



Figur 2.3: Theoretical Com-B components (Michie et al., 2011)

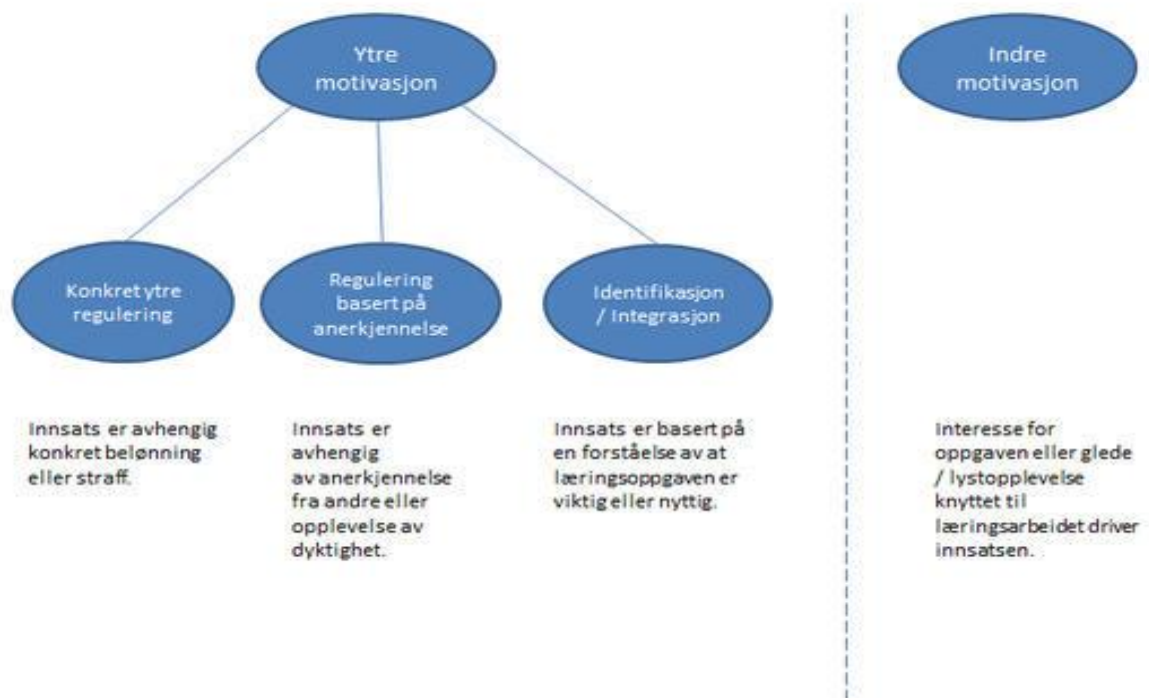
– **Evne (Capability)**

Med evne menes den enkelte persons psykologiske kapasitet som er forbundet med kunnskap, ferdigheter, rolle, interesse og oppmerksomhet/fokus. Beskrivelse av kunnskap og læring er nærmere omtalt senere i dette kapittelet.

– **Motivasjon (Motivation)**

Motivasjon er i COM-B modellen relatert til det som direkte påvirker adferd (oppførsel). Her nevnes forhold som optimisme, mål, følelser, intensjoner, selvledelse, tro på egen kapasitet og optimisme.

Motivasjon påvirker adferd. Grovt kan man dele motivasjon inn i indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon dreier seg om at arbeidet drives av interesse for eller glede av å lære/utvikle seg, mens ved ytre motivasjon er innsatsen drevet av forhold som ligger utenfor selve oppgaven, som lønn, anerkjennelse og identifikasjon mv.



Figur 2.4: Framstilling av indre og ytre motivasjon basert på Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000).

Bruk av belønningssystemer som motivasjonsfaktor diskuteres i forventingsteori (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap7), som tar utgangspunkt i hva medarbeideren forventer seg. Det må være klart hva som er personens bidrag og hva som er belønningen. Det må også være en sammenheng mellom innsats og resultat. Det finnes en rekke ulike motivasjonsteorier. Frederick Herzberg (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 7), viste at trivsel er knyttet til arbeidsoppgavenes karakter, mens mistriivsel var knyttet til arbeidsmiljø og hvordan den ansatte ble behandlet. Et av hans mest diskuterte hypoteser er at lønn ikke kan relateres til motivasjon og økt innsats, men må være til stede og ligge som en forutsetning for trivsel.

– Mulighet (Opportunity)

Mulighet er en psykologisk og kulturell/sosial faktor, og angir rammebetingelser som ligger utenfor individet selv. I organisasjonsteoretisk perspektiv vil det si forhold som har å gjøre med lover og regler, organisering, tid, økonomi og ledelse, men også arbeidskultur og arbeidsmiljø. Dette er forhold som påvirker handling.

Ledelse har en direkte innflytelse på organisasjonsatferden og prosessene i organisasjonen, samtidig som det har innvirkning på organisasjonskultur og struktur (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 12).

Ledelse har dermed innvirkning på de fleste forhold som påvirker læring og utvikling av en

organisasjon. Ledelse i seg selv innebærer å påvirke andres menneskers tenkning, holdning og atferd, slik at organisasjonens mål oppnås. Ledelse har altså en direkte innflytelse på arbeidskulturen og HRM (Human Resource Management (HRM))(Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 12) og innebærer både å tiltrekke seg kompetanse, utnytte denne og forbedre den. Å utnytte medarbeidernes kompetanse bidrar til motiverte medarbeidere som igjen kommer organisasjonen til gode. Ledelse handler nettopp om å få frem medarbeidernes kompetansemobilisering. Det betyr at de får bruke sin kompetanse gjennom relevante oppgaver og utfordringer, noe som bidrar til å nå mål og øke verdiskapningen.

En nyere ledelsesteori er transformasjonsledelse (Hetland, 2008) (Jacobsen & Thorsvik, 1997), også kaldt verdibasert ledelse. I teorien vektlegges verdier og visjoner, og den er karakterisert ved fire sentrale aspekter: Lederen har utstråling og virker som en god rollemodell, lederen motiverer via inspirasjon og er visjonær, lederen oppmuntrer til at organisasjonens medlemmer stiller spørsmål ved tingenes tilstand og utfordrer til å tenke nytt, og lederen viser omtanke for hvert individs unike behov. Ledelse vil dermed innvirke på medarbeideres motivasjon og engasjement i å utvikle nye kunnskap, gjennom bl.a FoU og PNF.

2.6 Kunnskap og læring

Læring i organisasjoner er helt nødvendig for at en organisasjon skal nå sine mål. Det er også nødvendig for at medarbeiderne utvikles i jobben. Læring i organisasjoner er en forutsetning for å møte ytre krav, sikre god kvalitet på sine produkter og ha ansatte som er fornøyde og trives i jobben. For å forstå læring i organisasjoner er det behov for å definere både hva læring innebærer, hva en organisasjon er og hva som er dens formål.

En *organisasjon* er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesifikke oppgaver og realisere bestemte mål. Et sentralt element ved en organisasjon er at det er mennesker som samhandler med hverandre for å løse en oppgave. En organisasjon er bevisst konstruert for å løse oppgaver på mest mulig effektiv måte. En organisasjon er avhengige av sine omgivelser både for å skaffe seg ressurser og for å levere «varen».

Læring er definert (teoretisk) som en relativt varig endring i opplevelse og atferd som følge av tidligere erfaring. Læring og kompetanse finner sted både på et individuelt nivå, på et gruppenivå og på et organisatorisk nivå (Filstand, 2010). Tradisjonelt tenker vi på læring som en prosess som skjer når en person utvikler ny kunnskap eller nye ferdigheter. Kunnskap er innsikten om hvorfor og hvordan noe

skjer, mens ferdigheter er evnen til å bruke kunnskapen. Læring på organisasjonsnivå er avhengig av læring på individ- og gruppenivå. Sammen gir dette en helhetlig læringsyklus, ved at ny kunnskap og læring på individnivå spres til andre i organisasjonen. Herfra løftes den nye kunnskapen til et kollektivt nivå, som gjør at man endrer praksis i organisasjonen. Det betyr at alle medarbeiderne har fått ny kunnskap og nye ferdigheter som de igjen kan dra erfaringer fra og analysere. For å slutføre syklusen brukes ny erfaring til å løfte ny kunnskap og nye ideer inn i organisatorisk læring. En slik lærings sirkel (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 10.2) gir et dynamisk samspill mellom læring på individ og organisatorisk nivå. En lærende organisasjon er en organisasjon som er flink til å utvikle og tilegne seg kunnskap, og til å modifisere atferden i forhold til ny kunnskap og innsikt (Garvin, Edmondson, & Gino, 2008)

Forskning og innovasjon kan betraktes som en spesiell type læring og utvikling (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 10). Den tar enten utgangspunkt i det organisasjonen allerede gjør og søker å forbedre dette, eller det utvikles helt ny kunnskap. Forskning tar lang tid, og effekten av arbeidet ser man først over tid, det kan derfor være lett å nedprioritere denne type av aktivitet da kortsiktige effekter uteblir. Nye rammebetingelser gjennom forventinger, regelverk, økonomiske forhold, teknologiske utvikling og pasientkrav medfører at virksomheten må tilpasse seg en ny virkelighet. Det gjelder da ikke bare å forbedre eksisterende tjenester, men også være en aktør i utvikling av nye måter å arbeide på (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 11).

March (James G March, 1991) har delt hva organisasjoner lærer i to typer av kunnskap som han kaller læring av eksisterende kunnskap gjennom bedre *utnyttelse* av det man allerede gjør (exploitation) eller *utforskning* (exploration) dvs utvikling av ny kunnskap. *Utnyttelse* innebærer f.eks å forbedre eksisterende rutiner, arbeidsmåter, prosedyrer, effektivisering av produksjon og raskere kundebehandling. Læringseffekten er knyttet til bedre ressursbruk. *Utforskning* - handler om at man lærer noe helt nytt, - et nytt fagområde eller nye behandlingsmetoder. Ny kunnskap, teknologi, nye produkter eller nye produksjonsmetoder som bryter med tidligere praksis. Denne type læring er nødvendig for at innovasjon og nytenkning skal finne sted.

Forskning og utviklingsarbeid kan ses på som en del av læring og utvikling som skjer innad i en organisasjon. Læringsprosessen i organisasjoner må ses i forhold til to spørsmål; *hvordan* organisasjoner lærer og *hva* de lærer (Nonaka, 1997). I PNF vil det derfor være naturlig å se både på resultatet av forskningen, men også på hvordan organisasjonen og dens ansatte lærer gjennom deltakelse og involvering.

3 Metode

3.1 Kvalitativ metode.

Jeg har valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode i denne undersøkelsen. Kvalitativ metode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer.

Dataene er innhentet gjennom intervju av åtte informanter. Intervjuene har vært semistrukturert og fulgt en intervjuguide, jfr. kap 4.3.2. Spørsmålene var forhåndsbestemt, og de samme spørsmålene var stilt til informantene i samme rekkefølge. Noen oppfølgingsspørsmål var stilt underveis for at jeg skulle forstå hva informantene ønsket å uttrykke. Intervjuene er tatt opp og deretter transkribert umiddelbart etterpå av forfatteren. Intervjuene er deretter bearbeidet etter analysemetoden systematisk tekstkondensering (STC). STC er opprinnelig en analysemetode beregnet for kvalitativt forskningsmateriale. Den er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2002) og modifisert av Malterud (Malterud, 2002, 2017 kap 11).

Analysen av datamaterialet er utført i følgende fire trinn;

- Gjennomlesing av intervjuene flere ganger for å få en oversikt over tema og svar
- Systematisk gjennomgang av materialet, for å identifisere meningsbærende enheter som igjen ble kodegrupper/tema.
- Abstraksjon av kunnskap innenfor hver av kodegruppe til undergrupper som gir mer detaljer om innholdet.
- Sammenfatte kunnskapen fra hver kodegruppe og undergruppe til hovedkategorier.

3.2 Forskerrollen - refleksivitet, relevans og validitet

Jeg har selv bakgrunn fra tannhelsetjenesten og har arbeidet tett med ledere i Den offentlige tannhelsetjenesten, og siden 2013 vært leder av et regionalt odontologisk kompetansesenter. Jeg har også lang erfaring fra den statlige helseforvaltningen på tannhelseområdet. Odontologi er et relativt lite miljø, og jeg kjenner alle informantene (med unntak av en) mer eller mindre gjennom mitt arbeid.

Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og fortolkningsramme. Jeg er klar over at min egen opplevelse og erfaring kan påvirke refleksiviteten, både hvordan jeg selv forstår tema og problemstilling, og hvordan jeg oppfatter og tolker informantens svar (Malterud, 2017, side23-25).

Likevel mener jeg dette er et viktig tema, hvor nettopp kjennskap til problemstilling og til helseforvaltning, tannhelsetjenesten og kompetansesentrene er nødvendig for å kunne belyse og se flere sider ved tematikken. Jeg har hele tiden i denne undersøkelsen forsøkt å være bevisst min egen

rolle og ståsted og være åpen for informantenes meninger og opplevelser, og ikke la egne meninger være styrende. Problemstillingen om min egen rolle har jeg også tatt opp med informantene i starten av intervjuet.

Validitet handler om gyldighet – og hva studien forteller noe om. Dette er en kvalitativ undersøkelse og resultatene gir et bilde av hva informantene mener om praksisnær forskning. Svarene kan ikke generaliseres og de er ikke automatisk overførbare. Om resultatene kan nyttes til utvikling av PNF i tannhelsetjenesten vil være avhengig av i hvilken sammenheng de blir brukt.

Praksisnær forskning er et høyst aktuelt tema for tannhelsetjenesten. Sentrale helsemyndigheter har fokus på at det både må forskes mer og at en del av forskningen bør gjøres i tett samarbeid med praksisfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det finnes ingen andre studier i Norge som omhandler kunnskap og erfaring fra praksisnær forskning i tannhelsetjenesten, derfor kan denne undersøkelsen være et bidrag til å videreutvikle praksisnær forskning i tannhelsetjenesten (relevans).

3.3 Utvalget

Informantene er alle fra Den offentlige tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Informantene er valgt fordi jeg ønsket å intervju personer både med forskerkompetanse og lederkompetanse. Forskerne er alle forskningsledere ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og har en sentral rolle i sentrenes arbeid med PNF. Lederne er øverste ledere av Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommuner som alle har en tilknytning til et regionalt odontologisk kompetansesenter. Jeg har valgt å intervju virksomhetsledere, for å få frem lederperspektivet og hva som er ledernes bevissthet vedrørende problemstillingen. Det er intervjuet 4 forskningslederne ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og 4 ledere fra Den offentlige tannhelsetjenesten. Totalt 8 intervjuer.

Informantene har ulik bakgrunn og erfaring. Forskerne hadde alle en doktorgrad og erfaring som forsker. Lederne hadde alle bakgrunn fra tannhelsetjenesten/helsetjenesten og lang ledererfaring. To av informantene er helt nye i stillingene sine, mens resten har mer enn 3 års erfaring fra tannhelsetjenesten. Tre av informantene har lengre erfaring fra annen virksomhet eller forskningsvirksomhet.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Informantene kontaktet jeg enten på e-post, telefon eller direkte, og avtale tid og sted for intervjuet. Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til mai 2020. Informantene hadde travle dager i tillegg til at de var ledere, og mange var opptatt grunnet Covid 19 pandemien. Det var derfor vanskelig å finne tid til intervjuene og det førte til at intervjuene ble avholdt over en lengre tidsperiode. I tillegg hadde jeg selv en hektisk arbeidshverdag grunnet Covid 19 pandemien. Pandemien påvirket også hvordan intervjuene ble avholdt. Et (det første) ble gjennomført direkte på dennes arbeidsplass, mens de andre ble gjort digitalt ved bruk av Teams. Alle informantene var ganske kjent med bruk av Teams, og dette fungerte greit. Informantene hadde i forkant fått skriftlig informasjon om prosjektet, samt en samtykkeerklæring. Samtykket var levert eller ble skrevet under i forbindelse med intervjuene.

Samtalene startet med innledende småprat, der jeg takket for at vedkommende ville stille til intervju og presenterte meg selv, oppgaven og min rolle her. Etterpå repeterte (dette stod i informasjonsskrivet) jeg om det var greit at jeg tok lydopptak av intervjuet. Opptakene ble tatt opp med mobiltelefon, noe som fungerte bra. Jeg presiserte at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt og at dataene ville bli anonymisert, samt at de hadde mulighet for å trekke seg dersom de ønsket. Jeg startet intervjuene med å få bakgrunnsinformasjon om informantene – tidligere utdanning og yrkeserfaring, hvilken stilling de hadde, hvordan stillingen var plassert i organisasjonen og hvor lenge de hadde vært i den. Svarene var ganske utfyllende.

Det er utarbeidet en intervjuguide med spørsmål innenfor følgende hovedtema:

- Innledning og bakgrunnsinformasjon
- Forståelse/kunnskap/kompetanse
- Involvering i PNF
- Nytte av PNF

Intervjuguiden ligger i vedlegg 2.

I alle intervjuene valgte jeg å følge intervjuguiden systematisk. Under hovedspørsmålene svarte informantene ganske utfyllende og samtalene fløt fint, men på noen områder var svarene litt korte, trolig fordi de ikke forstod hva jeg mente, og da prøvde jeg å stille spørsmålene på nye måter. Dette var av og til litt vanskelig, og jeg måtte fokusere på å ikke stille ledende spørsmål. Alt i alt syns jeg likevel at jeg fikk utfyllende svar på det jeg lurte på fra alle informantene.

Etter å ha gjennomført et par intervjuer gikk intervjuene lettere, men jeg har hele tiden vært opptatt av å følge temaene og hovedspørsmålene i intervjuguiden. Jeg så også at flere av spørsmålene i intervjuguiden kunne oppfattes likt, slik at jeg allerede hadde fått svar på spørsmålet tidligere i samtalen. Flere av informantene svarte bedre på spørsmålene etter at de hadde fått pratet og reflektert litt rundt temaet, -da husket de ofte ting de ikke kom på tidligere.

Da jeg merket at samtalen gikk mot slutten begynte jeg med å si at jeg ikke hadde flere spørsmål, og spurte om vedkommende hadde noe de ville legge til; om det var noe de synes det var viktig at jeg tok med, eller om de hadde flere tanker rundt temaet. Intervjuene tok mellom 35-45 minutter. Jeg avsluttet med takke for intervjuet og for at de ville stille som informanter.

Intervjuene, som var tatt opp på lydfil, ble lagret på sikret sted (tilgangsstyrt). Transkribering av intervjuene er lagret på tilgangsstyrt område hos Viken fylkeskommune. Intervjuene er transkribert og anonymisert. Kodingsnøkkelen mellom informant og data slettes når prosjektet er ferdig. Dataene lagres, håndteres og destrueres i tråd med gjeldende lover og forskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger.

3.5 Etske hensyn

Det var søkt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste - NSD i forkant av intervjuene, da jeg samlet inn og oppbevarer personidentifiserbare data i prosjektperioden. *Informasjon sendt NSD ligger i vedlegg 1.* Alle informantene er orientert om prosjektet og behandling av dataene. *Informasjonsskrivet ligger i vedlegg 3.* Dataene som er samlet inn er ikke personsensitive data. Deltakerne er informert om retten til å trekke dataene tilbake. Alle informantene har avgitt skriftlig samtykke til å delta. NSD har godkjent prosjektet, *jfr. vedlegg 4.*

4 Prosjektets resultater

I dette kapittelet blir prosjektets resultater presentert. Jeg har valgt på presentere funnene langs følgende hovedoverskrifter; kunnskap om PNF, erfaring og involvering i PNF, faktorer som påvirker deltakelse i PNF og nytte av PNF.

Utsagn fra informantene er gjengitt i kursiv betegnet og angitt med nummer eller bokstav, for å sikre informantenes anonymitet. Forskerne er betegnet med bokstav A-D og lederne med tall 1-4.

Prosjektets resultater blir fremstilt i form av beskrivelser basert på informantenes konkrete sitater. Sitatene funksjon er blant annet å formidle *informantenes betraktninger, erfaringer og opplevelser*.

4.1 Kunnskap om PNF

I intervjuene har jeg ønsket å få frem informantenes **betraktninger** om begrepet PNF. Jeg har ønsket å vite hvordan de definerer begrepet og hva de forstår med det.

På spørsmålet om hva informantene legger i begrepet PNF svarer de noe ulikt. To av dem (A, D) sier at de har fundert over begrepets og det innhold. En informant (C) sier de har bevisst arbeidet med PNF og har involvert tjenesten i konkrete prosjekter.

Informantene trekker inn flere forhold knyttet til involvering i PNF: Tre (A, C og 1) sier at dette betyr bl.a. å trekke med seg kliniker/tjenesten som leverandører og innsamler av data, men at det også innbefatter hvordan tjenesten fungerer og om man gjør de rette tingene.

(C)Tjenesten er ikke bare er en innsamler av data, men at de er med i ulike grad.

(A)Det er å bruke klinikken til forskning, trekke med seg kliniker inn som leverandører og innhenter av data, men betyr også å sette blikket på tjenesten, service og kartlegge hva som fungerer.

Alle informantene definerer imidlertid PNF som forskning hvor klinikken/klinikeren involveres i forskningsprosjekter på ulik måte.

Til sammen 7 informanter (A, C, D,1,2,3,4) peker på at PNF med involvering av praksisfeltet innebærer at:

- man tar opp problemstillinger (forskningsspørsmål) som er relevante for tjenesten
- man ser på pasientgrupper og henter ut pasientdata. Tjenesten er leverandør og innsamler av data
- forskningsprosjektet involverer tjenesten i forskningen og bruker erfaring fra klinikken
- det er organisert i tjenesten og at det er tilpasset den kliniske hverdagen
- resultater som lar seg overføre i praksis
- det innebærer å se hvordan tjenesten fungerer, om den er designet rett - reflektere over eget arbeid.
- PNF har som mål å gi best mulig tjenester

(C) I PNF ligger det at man tar opp problemstillinger som er relevant for tjenesten, men også slik at prosjektet er organisert slik praksisen er organisert.

(1) Jeg legger i PNF at den er knyttet opp mot den kliniske hverdagen hvor man ser nærmere på pasientgrupper, forskjellige problemstillinger hvor man involverer tjenesten inn i forskningsprosjekter med bl.a data, ved å hente ut informasjon og bidra med den erfaringen man har og bidra med kompetansen man har fra pasientnært og tjenestenært arbeid.

(3) Jeg tenker jo på forskning som gjerne utføres i nær sammenheng med praksisfeltet og at problemstillinger som er aktuelle for praksisfeltet kommer fra praksisfeltet - utføres i tjenesten og at det er resultater som lar seg overføre i praksis implementeres i praksis.

En informant (B) har en annen tilnærming og definisjon av PNF;

(B)Jeg tenker at PNF kan være all forskning der du kan ta en pasient i hånden. Det skal jo være på pasientene – hvor du forsker på dem, eller om dem.

5 informanter (A,,D,1, 2, 4) sier at PNF også omfatter forskning på tjenesten, for å se hvordan den fungerer og se om man gjør de riktige tingene og reflektere over egen praksis/virksomhet.

(A)Det betyr også å sette blikket på tjenesten, service og kartlegge hva som fungerer.

(D)Så det er kanskje forskning som har som mål og se på tjenester hvordan gir vi best mulig tjenester. Gjør vi det vi skal gjøre og fungerer det vi gjør? Skulle vi gjort noe annet?

De fleste av informantene mener at praksisnært arbeid kan være forskning både på pasienter, tjeneste og epidemiologisk forskning. En informant mener det bare gjelder forskning på pasienter.

4.2 Involvering og bruk av PNF

Med bakgrunn i informantenes forståelse av PNF ønsket jeg å få vite hvilken erfaring de har med PNF, i hvilken grad og hvordan tjenesten er involvert, samt hvordan de forholder seg til PNF/forskningsbasert kunnskap.

På spørsmålet om de synes tjenesten skal delta i PNF svarer alle informantene at det er viktig at tjenesten deltar i praksisnære forskningsprosjekter.

(A) Det er viktig med brukermedvirkning fra tjenesten for å kartlegge hvor skoen trykker og at det er tilbakemeldingskultur på ting som fungerer og ikke fungerer.

På spørsmål om tjenesten er involvert i forskningsprosjekter er det mer varierende svar. Informantene oppgir at de kjenner til det, noen har selv vært involvert i eller har klinikere/ansatte som driver eller deltar i praksisnære forskningsprosjekter, mens noen oppgir at tjenesten har vært lite med. En forsker påpeker at det til nå bare har vært en lav grad av involvering i forskningsprosjekter (A).

(A) Tjenesten har i liten grad vært involvert i forskningsprosjekter, men siste året har tjenesten vært med i alle nyopprettede prosjekter.

(D) Klinkeren/klinikken har vært med i planlegging, og gjennomføring av prosjekt.

En forsker, som har en del erfaring rundt PNF-prosjekter, påpeker oppgavedelingen mellom kompetansesenteret og tannhelsetjenesten;

(C) Tannhelsetjenesten driver ikke forskningsprosjekter selv – de har vært involvert i noe av det som vi (kompetansesenteret) har, men forståelsen av hva som er PNF hos dem, mener jeg er veldig mye knyttet til det å samle inn informasjon. At det skjer på stedet er praksisnært for dem. Så tror jeg kanskje det ikke er så mye kunnskap om hva de kan være involvert i.

Samme informanten (C) sa at de hadde hatt god erfaring med å involvere tjenesten i implementering av ny kunnskap fra et forskningsprosjekt, og at det har vært tjenesten selv som har jobbet frem konkrete tiltak (bl.a. en film basert på forskningsresultatene) som hjelpemiddel for å implementere resultatene ute i tjenesten.

Tre av kompetansesentrene gir uttrykk for at de aktivt arbeider med PNF (B, C, D. Et av dem er i oppstarten og at de fra i år vil involvere tannhelsetjenesten i alle nye prosjekter (A).

I undersøkelsen har jeg spurt om hvordan tannhelsepersonell oppdaterer seg og hvordan innhenter ny kunnskap. Flere svarer at tannhelsepersonell leser vitenskaplige artikler, går på kurs, seminarer og tar etterutdanning. Følgende tiltak blir oppgitt som de vanligste måtene å tilegne seg ny kunnskap på:

- E-læring, filmer og webinar
- Hospitering og veiledning
- Kvalitetssirkler
- Forskningsartikler
- Kurs/samlinger i regi av kompetansesenteret.
- Kurs/samlinger i regi av fagforeningene

- TSE (Tannlegeforeningens systematiske etterutdanning)

Det er flere informanter (A, B) som er usikre på hvordan forskningsresultatene fra PNF formidles tilbake til tjenesten. Selv om det er informert om disse på nettsider og til ledelsen, er det usikkert om og på hvilken måte det blir benyttet av tjenesten.

6 informanter (A,B, C,D, 1,2) sier at det viktig med formidling og implementering. En sier at formidlingen blir en del av forskningsoppdraget og at det bør vises i finansieringsordningen (D).

(D) Skal man bli resultatfinansiert så må man sørge for at formidlingen også er en del av premieringen av forskningen.

Informantene sier at (A, ,C, D) for å gjøre forskningen mer tilgjengelig, er det viktig å gjøre den lettfattelig og at den evt publiseres i populærvitenskaplig norsk tidsskrift og at resultatene formidles på kurs og seminarer .

(C) Implementering kan skje på mange måter, men det å skrive en vitenskapelig artikkel er ikke beste måten. Vi har vært ute i tjenesten og informert og vist resultater uten at de har vært publisert.

(A) En vitenskapelige publikasjon kan være litt tungt stoff, så å få artikkelen over i litt mer populærvitenskaplig form kan være viktig.

(D) Viktig at det formidles i relevante fora og at man gjør det tilgjengelig i Tidende og Tannstikka, samt at det presenteres på Landsmøte for tannleger og Fagkonferansen for tannpleiere. Og så finnes det ulike møter i tannhelsetjenesten, virksomhetsmøter og distriktsmøter mm.

4.3 Faktorer som påvirker deltakelse

Alle informantene er positive til å drive eller være involvert i PNF. Jeg ønsket å få frem hvordan de ser på tannhelsepersonellens villighet til å delta og hvilke faktorer de mener kan påvirke deltakelse.

På spørsmål om tannhelsepersonellet villighet til å delta i forskningsprosjekter sier 6 informanter sier de at de opplever at det er interesse for å delta, og at det ikke er så vanskelig å motivere til deltakelse i

forskningsprosjekter. De har inntrykk av at mange klinikere synes det er positivt å få nye og varierte oppgaver i arbeidshverdagen og at de synes det er nyttig.

(1) De ansatte er absolutt interessert, men det er jo ofte de samme som melder seg på, -ved forespørsel. Noen må pushes litt.

(D) De som har jobbet lenge og som har lyst til nye utfordringer og arbeidsoppgaver, synes det er spennende.

(3) Det er mange ansatte og min erfaring er at det alltid finnes noen som er interessert.

Flere informanter påpeker at det i deres tjeneste er frivillig å delta, og at ansatte ikke kan tvinges til å delta i forskningsprosjekter, selv om de som ledere gir tydelig signal om at det er ønskelig å delta i praksisnære forskningsprosjekter.

(4) For å få til involvering er det viktig for meg å løfte det videre opp i systemet om at dette faktisk er viktig – selv om det ikke er et pålegg, men en forventning, og for å få ny kunnskap.

Informantene trekker frem flere forutsetninger/rammebetingelser for at organisasjonen skal kunne legge til rette for deltakelse i forskningsprosjekter. De sier det må settes av tid til denne type arbeid slik at det ikke går på bekostning av øvrig drift, samtidig som flere (1, 4) sier det er opp til dem som ledere å gjøre prioriteringer.

(3) For å motivere tannhelsetjenesten må det stilles ekstra ressurser til rådighet, slik at det ikke går bekostning av daglig drift. Det kan være både økonomiske og farlige motiver som gjør at man vil involveres i PNF.

En leder (3) og en forsker (B) sier også at de har hatt økonomiske kompensasjonsordninger for dem som deltar i forskningsprosjekter. Den ene har betalt ekstra for deltakelse etter forhandlinger med fagforeningene, mens forskeren sier at de har betalt klinikerne for tid til datainnsamling gjennom tildelte forskningsmidler. En annen leder bruker deltakelse og engasjement i denne type prosjekter som et kriterie i lokale lønnsforhandlinger.

(4) Vi har satt kriterier ift lønnsfastsettelse og et av kriteriene er om du er med på utviklingsprosjekter. Hvis du er aktiv – frempå, så blir du sett. De som er villig til å delta, blir fanget opp og kan få en merkompensasjon.

En leder (1) sier eksplisitt at det ikke er forventet at klinikerne må yte så mye ekstra for å delta i forskningsprosjekter, men at det er en del av ordinært arbeid. Flere sier derimot at det må settes av tid til denne type arbeid.

Flere informanter påpeker at man må se på mer strukturelle forhold ved organisasjonen, som ledelse, arbeidskultur, strategi og rapportering. Slike forhold har betydning for hvordan organisasjonen jobber strategisk med PNF og hvordan det påvirker kunnskapsbasert praksis.

(C) Jeg tror ikke dette er noe å skru av eller på – det er ikke sånn at vi nå skal drive med PNF. Det må bygges litt bottom- up i organisasjonen.

Tre ledere (1,2,4) sier også at det er viktig at denne type arbeid er forankret i ledelsen, og at det er en forventning om at man skal delta og at det er en viktig ledelsesoppgave og implementere dette i organisasjonen.

Det går også på holdninger hos mellomlederne, om at denne type arbeid er viktig.

(1) Det er en viktig ledelsesoppgave å få implementert tankegangen om at forskning er viktig hos oss, hos klinikkleder, seksjonsleder - på de ulike nivåene.

Flere informanter sier at det er viktig å jobbe med arbeidskulturen i tannhelsetjenesten slik at alle forstår at forskning og innovasjon er viktig for at virksomheten utvikles og har en virksomhet som er basert på kunnskapsbasert praksis. Flere informanter nevner også samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentrene som viktig ved praksisnær forskning. Alle lederne fra fylkeskommunene, som er med i denne undersøkelsen, har en organisasjon som er tilknyttet et regionalt odontologisk kompetansesenter.

En forsker (C) sier at det kan være utfordrende å motivere klinikerne til å levere data i et prosjekt de ikke kjenner eller driver selv.

(C) Jeg tror at prosjekter ofte har vært sånn at klinikerne samler inn data, men ikke har fått muligheten til å spille inn og være med. Jo mer tydelig kompetansesenteret er i å avklare grad av involvering med tjenesten, jo mer interessert og medvirkende blir de.

En informant kommenterer ledelsens kompetanse som en viktig forutsetning for forståelse og implementering av forskning i organisasjonen.

(B) Når det gjelder implementering av forskningsresultater så er det også viktig at de som skal implementere- altså leder i tannhelsetjenesten har kunnskap og forståelse for de

forskningsresultatene som kommer frem. Det har man best hvis man har kjennskap til forskning selv. Gjerne noe forskningsbakgrunn. I fremtiden bør det kanskje være et kriterie for leder av tannhelsetjenesten at de har noe av det. Det tror jeg vil gi et løft i forhold til implementering.

(A) Brukermedvirkning fra tjenesten er viktig for å kartlegge hvor skoen trykker. Ha en tilbakemeldingskultur på ting som fungerer og ikke fungerer.

Ved implementering sier flere (B, 3,4) at det er viktig å forankre det i ledelsen.

(B) Implementering må skje på ledernivå, bl.a. at det er jevnlig møter med forskere som kan presentere forskningsresultater og prosjekter.

En av informantene har en ansatt som er tatt opp i offentlig PhD ordningen (Forskningsrådet bidrar med finansiering) i samarbeid med kompetansesenteret. Informantene sier at intensjonen er å øke forskningskompetansen i tjenesten slik at tjenesten igjen kan bruke kandidatens kompetanse til å arbeide mer kunnskapsbasert i tjenesten og delta i PNF.

To informanter (C, 1) nevner også nærhet og samarbeid mellom kompetansesenteret og tjenesten som en viktig forutsetning.

(1) Viktig å tenke at kompetansesenteret er en del av deres organisasjon.

På spørsmålet om involvering av PNF bør lovfestes, svarer informantene noe ulikt. Noen mener det er ønskelig at det blir sidestilt med spesialisthelsetjenesten slik at det er et lovkrav, mens andre sier det ikke er så viktig, men at det er et lederansvar å prioritere fag og organisasjonsutvikling for å sikre god kvalitet på tjenesten og drive iht kunnskapsbasert praksis.

Når det gjelder hindringer for deltakelse i PNF, sier flere at det er knyttet til tid og økonomi. Tannhelsetjenestens lovpålagte oppgaver må gå først og dersom deltakelse i PNF gir økt etterslep på klinikken og at pasienter må vente lenger på behandling, er det uheldig og bidrar i feil retning.

En informant viser til et konkret eksempel hvor avlønningssystemet (bonusordningen) medførte at tannpleiere ikke har ønsket å delta i et forskningsprosjekt. Dette fordi denne type arbeid ikke ga økonomisk kompensasjon og det medførte et inntektstap for tannpleierne dersom de deltok. Denne bonusordningen ble senere avviklet.

(B) Inntjeningsordninger kan være en barriere, da det å delta i forskningsprosjekter brukes tid til arbeid som ikke gir inntjening for klinikerne.

En annen barriere er lønnsnivå for stipendiatstillinger, som i dag er langt lavere enn det man har i en tannlegestilling. En informant mener at dersom man ønsker å få klinikere/tannleger til å ta en doktorgrad, må man øke lønnen for doktorgradsstipendiater, slik at man ikke går nevneverdig ned i lønn dersom man tar utdanningen.

4.4 Nytte av PNF

Alle informantene oppgir generelt at det er nyttig å være med i praksisnære forskningsprosjekter. Flere sier også at resultatet av forskningsprosjekter og endring av praksis tar lang tid, og at man ikke har klart å se resultatet/nytten av forskningsresultater i praksis, med noen få unntak.

(A) Nytten av forskning er et langsomt lokomotiv og kanskje ikke så lett å få øye på.

(D) Skal man endre praksis så kreves tung dokumentasjon. Så det er mye som skal til. Når man skal forklare hvor mye som skal til for å endre praksis, så kan det være litt demotiverende.

(3) Jeg er ikke kjent med at tjenesten har endret praksis etter forskningsresultater som er gjennomført i tjenesten.

Flere informanter knytter deltakelse i PNF til begrepet kunnskapsbasert praksis, og at tjenesten arbeider kunnskapsbasert.

(C) Da endrer de måten de tenker på og blir mer bevist sitt eget ansvar og rolle i kunnskapsbasert praksis. Og det er kunnskapsutvikling hvor de har vært med på prosessen og hvor det i seg selv har ført til kunnskap uten at det er enderesultatet som har ført til det.

(D) Deltakelse i forskningsprosjekter kan kan heve kvaliteten og bevisstheten om at man kanskje skal jobbe forskningsbasert. Og hva er egentlig forskningsbasert? Jeg tror at tannhelsetjenesten og kvaliteten i tannhelsetjenesten kunne ha tjent på å ha det sterkere på agendaen.

Flere informanter (A,B) gir uttrykk for at det er vanskelig å vite hvor mye ledelsen faktisk bruker og prioriterer PNF og hvordan resultater fra PNF blir implementert i egen organisasjon. To ledere (1,4) påpeker at det har vært jobbet med å få med ledere på underliggende nivå til å prioritere deltakelse i PNF.

Informantene legger vekt på litt ulike ting når de svarer på hvorvidt de ser nytten av PNF. Noen relaterer nytten til forskningsresultatene, mens andre ser på effekten av å delta/være involvert i forskningsprosjekter.

Flere av informantene (A,B,C,D) oppgir at tjenesten blir mer bevisst og lærer, og at de stiller nye forskningsspørsmål.

Flere av informantene drar frem læringseffekten ved å delta i forskningsprosjekter – og ved at virksomheten er en lærende organisasjon.

(B) Når man deltar i et forskningsprosjekt så får du også informasjon og ny kunnskap som man ellers ikke ville hatt. Sånn at det er en læringseffekt i det.

(4) Med forskning følger det læring – det gir kompetanse og vi er en lærende organisasjon.

En informant påpeker at kanskje tjenesten ikke helt ser nytten av forskning – men at dette er viktig å diskutere og få fram.

(A) Og det kan hende at noe forskning blir sett på som; i all verden hvorfor forsker vi på dette her. Det er kun det vi har hatt en diskusjon om – og klarer å formidle hvorfor vi synes dette er viktig.

Alle lederne (1,2,3,4) sier imidlertid at de er positive til at tjenesten deltar i forskningsprosjekter og at det er viktig for utvikling av tjenesten.

(2) Skal tjenesten bevege seg fremover så må vi også få til PNF og utvikling

(4) Forskning og innovasjon har vi fokus på.

4.5 Resultater - oppsummering

Kunnskap om PNF	<ul style="list-style-type: none">– Informantene sier de har fundert over begrepet PNF og hva det betyr.– Informantene sier at PNF handler om noe mer enn de tradisjonelle forskningstrinnene, og at det handler om å trekke med seg klinikken på ulik måte.– Informantene sier at PNF kan være forskning om og mot pasienter og om hvordan tjenesten utøver sin virksomhet i bred forstand, samt epidemiologisk forskning. En mener at PNF bare er forskning om og på pasienter.
-----------------	---

	<p>Informantene knytter PNF til;</p> <ul style="list-style-type: none"> – at tjenesten er leverandør og innsamler av data – at det innebærer å se hvordan tjenesten fungerer, at det evaluerer dagens praksis og at det bidrar til kunnskapsutvikling og tjenesteutvikling – at forskningen er knyttet opp mot den kliniske hverdagen – at forskningen/-spørsmålene er relevante for tjenesten – at resultatene lar seg overføre i praksis – anvendbare – at PNF har som mål å gi best mulig tjenester
<p>Involvering og deltakelse i PNF</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Alle informantene kjenner til eller har noe erfaring fra PNF i sin virksomhet. <p>Informantene nevner ulik grad av involvering som bl.a. at;</p> <ul style="list-style-type: none"> – klinikken har deltatt i planlegging og gjennomføring av prosjekter – klinikken har deltatt sammen med kompetansesenteret i forskningsprosjekt – forskerne utdyper at det er lav grad av involvering fra tjenesten og at de ikke driver med forskning selv <p>Den vanligste måten å tilegne seg ny kunnskap er:</p> <ul style="list-style-type: none"> – å lese vitenskapelig litteratur (nasjonale tidsskrift) – kurs og konferanser <p>Viktig forutsetning for at tjenesten skal ha nytte av PNF er:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tilpasset og relevant formidling, implementering og lederoppfølging – finansieringssystem som premierer formidling
<p>Faktorer som påvirker involvering/deltakelse i PNF</p>	<p>Flere faktorer er viktige for å få organisasjonen og klinikerne med på PNF:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lederforankring i tannhelsetjenesten – ledelsens kompetanse og holdninger – arbeidskultur som fremmer læring og utvikling – politisk prioritering og engasjement

	<ul style="list-style-type: none"> – nærhet til kompetansesenteret og tydelig involvering/brukermedvirkning – økonomiske kompensasjon for organisasjonen – mer tid – lønnsfastsettelse – betaling for å delta – ekstra ressurser slik at det ikke går på bekostning av daglig drift – personlig utvikling - kunnskapsutvikling – varierte arbeidsoppgaver oppleves nyttig – lovfesting - plikt til forskning i tjenesten
Nytten av PNF	<ul style="list-style-type: none"> – Flere av informantene oppgir at de foreløpig ikke har sett resultatet av praksisnære forskningsprosjekter, som har bidratt til å endre praksis. <p>Informantene oppgir følgende som sentralt i hvordan de vurderer nytten av delta i PNF:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deltakelse/brukermedvirkning er viktig for å få vite hvor skoen trykker – Deltakelse gir læring – Utvikling av organisasjonen og faget

Tabell 4.1: Oppsummering av resultater

5 Analyse

5.1 Kunnskap om PNF

PNF er et forskningsbegrep som blir brukt i mange sammenhenger og særlig i offentlige styringsdokumenter. Informantenes tilbakemeldinger viser at de har reflektert over begrepet, og de mener det handler om å trekke klinikken/praksisfeltet med i forskningen på ulike måter. Samtidig stiller de også spørsmål med hva som forstås ved begrepet, og antakelig har de gjennom deltakelse i denne undersøkelsen blitt mer bevisst og nysgjerrig på hva PNF er.

Informantene har en bred tilnærming til PNF og at det kan knyttes til mange type forskningsprosjekter, både klinisk forskning, tjenesteforskning og epidemiologisk forskning. De sier at PNF handler om å involvere praksisfeltet i forskningen, uavhengig av forskningsprosjektets metode, objekt eller

prosedyre. Dette samsvarer med definisjonen av «participatory research» (Andersson, 2018). Rollen som informant/innsamler av data er godt kjent i tannhelsetjenesten, mens rollen som medforsker (Bjørkly & Ødegård, 2017) ser ut til å være mer ukjent. Informantene er mindre bevisst og har liten erfaring med at klinikernes brukerkompetanse kan benyttes aktivt i forskningsprosessen, men flere er positive til å utvikle dette i sin tjeneste/virksomhet.

Praksisfeltet har unik brukerkunnskap og denne ønsker man å bruke i PNF. Helsemyndighetene påpeker at nettopp samhandlingen mellom tjenesteytere (klinikken), tjenestebrukere (pasienter) og forskere i PNF bidrar til kontinuerlig utvikling, forbedring av tjenesten, samt innovasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Et av helsemyndighetens tiltak for å få til mer odontologisk forskning, var å etablere regionale odontologiske kompetansesentrene i nær tilknytning til praksisfeltet. Brorparten av den odontologiske forskningen i Norge har vært forankret hos de odontologiske lærestedene (NIFU, 2014). Derfor ønsket myndighetene å øke forskningsaktiviteten og samtidig involvere praksisfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det er et skille mellom de regionale odontologiske kompetansesentrene og den utøvende tannhelsetjenesten når man ser på mandat og kompetanse virksomhetene har. For tannhelsetjenesten er rollen primært knyttet til å yte tannhelsetjenester (Tannhelsetjenesteloven, 1983), mens de odontologiske kompetansesentrene skal gi tverrfaglige spesialisttjenester og bidra til forskning og fagutvikling av tjenesten (St. meld. nr. 35 (2006-2007)). Alle de regionale odontologiske kompetansesentrene er i dag definert som forskningsorganisasjoner (Forskningsrådet, 2018) og har egne forskningsavdelinger med ansatte forskere (PhD). Den utøvende tjenesten har få ansatte med forskerbakgrunn og selv om det finnes noen med doktorgradskompetanses er det ikke bygget opp egne miljøer som driver forskning i den utøvende tjenesten. Flere i Den offentlige tannhelsetjenesten har imidlertid enheter som arbeider med kvalitetsutvikling og utviklingsprosjekter, for eksempel innen folkehelsearbeid.

Det kan være vanskelig å skille mellom forskning og kvalitetsutvikling, da begge deler handler om kunnskapsutvikling og er en pågående prosess (Uggerhøj, 2017) for å gi bedre tjenester og behandlingsmetoder. I forskningsbegrepet ligger imidlertid noe mer enn bare å forbedre tjenesten, da det også må inneholde elementer av noe nytt, være kreativt, ha usikkerhet knyttet til resultatet, være systematisk og kunne overføres og/eller reproduseres (NIFU, 2015). Kompetansesentrene, og informantene derfra, har kunnskap om at PNF er en del av deres oppdrag og at det innebærer samarbeid med tjenesten i planlegging, gjennomføring og implementering av forskning. Likevel ser det ut til å være ulik oppfatning av hva samarbeidet konkret omfatter, og flere av informantene sier at det kanskje ikke er definert og diskutert godt nok i tannhelsetjenesten. Oppfatningene i denne

undersøkelsen ser ut til å samsvare med hvordan helsetjenesten og kommuner forstår begrepet forskning og utvikling (FoU). Kommunenes Sentralforbunds (KS) undersøkelse fra 2014 (Damwad Norge, 2015) viser at kommuner legger ulike definisjoner i FoU og at det bl.a. er stor variasjon hvor mye de vektlegger forskningselementet. Et av tiltakene, omtalt i rapporten, for å få kommuner til å delta og nyttiggjøre seg FoU, har vært å ansette FoU-koordinatorer, som bl.a. skal bistå i å utvikle FoU arbeidet, identifisere forskningsområder og fungere som prosjektledere.

Deltakelse og prioritering av PNF i tannhelsetjenesten bør bygge på en felles begrepsforståelse. På samme måte som i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør tannhelsetjenesten arbeide for en felles definisjon og forståelse av hva PNF, og hvordan man skal organisere og få til involvering og partnerskap mellom aktørene i arbeidet, -noe som denne undersøkelsen bekrefter.

I den nasjonale strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) heter det at sentrale aktører i PNF er tjenestebrukere (pasienter), tjenesteytere (tannhelsepersonell) og forskere, samt deres nettverk. PNF vil derfor bli direkte knyttet til spillet mellom disse tre aktørene og hvilken sammenheng det foregår i. Utfordringen vil være å operasjonalisere og stille krav til at praksisnære forskningsprosjekter skal ha «outcome» både på resultat og prosess, bl.a. gjennom ulik grad av involvering (Alstveit et al., 2017).

5.2 Deltakelse i PNF

Selv om informantene i undersøkelsen er positive til å delta i praksisnære forskningsprosjekter og ser mange fordeler med det, avdekker ikke denne undersøkelsen hvor mange og hvor mye tjenesten faktisk deltar i slike prosjekter. Tilbakemeldinger fra informantene må også ses i sammenheng med informantens egen definisjon av PNF, og tolkningen av begrepet involvering.

Studien viser at når tannhelsetjenesten har vært med i forskningsprosjekter, så er det ofte i forbindelse med datainnsamling. Likevel viser tilbakemeldingene at de er positive til endring og ønsker mer involvering i PNF. Informantene mener at tjenesten har unik brukerkunnskap som gjør at man kan få frem aktuelle og relevante problemstillinger det bør forskes på.

Forskere har ny kunnskapsutvikling som en naturlig del av sitt arbeid, mens klinikere i mindre grad vet hvilken kunnskap de er med å utvikle og hvordan de gjør det (Damwad Norge, 2015). Dette påpekes også fra en informant.

Kvalitetsarbeid tar utgangspunkt i det man gjør gjennom å planlegge, utføre, kontrollere og korrigere for å oppnå en forbedring (Helsebiblioteket.no). Dette som arbeidsverktøy er godt kjent i tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). PNF har en noe annen tilnærming. Her kan helt ny kunnskap utvikles gjennom involvering og samarbeid med praksisfelt, samtidig som det er kunnskapsdrivende for organisasjonen og medarbeidere å delta i selve forskningsprosjektet. Ideen er ikke å bare overlevere ny kunnskap til tjenesten/praksisfeltet, men involvere dem som deltakere i selve kunnskapsutviklingen (Andersson, 2018).

Hos kommuner som deltar i forskning (Damwad Norge, 2015) har man sett at mange kommuner/fylkeskommuner er involvert i FoU aktivitet, men at de har få tanker strategisk rundt hvordan de er involvert i prosjektene. Resultatene fra denne undersøkelsen peker også i den retning, selv om flere av informantene sier det er viktig med god forankring i organisasjonen og i styringsdokumenter.

5.3 Faktorer som påvirker involvering i PNF

Det er flere forhold som er med på å fremme eller hemme vår atferd. COM-B er et teoretisk rammeverk (Michie et al., 2011) som kan brukes for å identifisere faktorer som påvirker atferd.

5.3.1 Rammebetingelser

Studien avdekker kritiske faktorer som ligger i den miljømessige konteksten/rammebetingelser (opportunity) som påvirker involvering i PNF. Her nevnes finansiering/økonomi, det å sette av tid, at det ikke skal gå på bekostning av klinisk arbeid, at det har en klar forankring i organisasjonen og i styringsdokumenter, og at PNF blir prioritert i rapportering.

Studien indikerer at man i tannhelsetjenesten i liten grad har forankret PNF arbeid i sine strategier og handlingsplaner. Dette selv om lederne synes det er viktig, og at det på nasjonalt nivå foreligger flere politiske styringsdokumenter som løfter opp betydningen av PNF i nært samarbeid med praksisfeltet. Imidlertid har informantene fra kompetansesentrene en klar oppfatning om at dette er en del av deres mandat.

Det er to klare aktører for samhandling om PNF, - forskere/akademia og praksisfeltet (Alstveit et al., 2017). Deltakerne i dette arbeidet må alle forankre involvering i PNF ut ifra overordnede forutsetninger og forventninger. Det bør konkretiseres i virksomhetens strategiske planer som

implementeres og følges opp på alle nivå i organisasjonen. Noen av informantene har påpekt dette og gitt uttrykk for at PNF i tannhelsetjenesten ikke har nok politisk oppmerksomhet hverken på fylkeskommunalt eller statlig nivå.

I spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) er det en forventning om at virksomheten skal drive med forskning, -da dette er hjemlet i lov. I hvilken grad det er nødvendig med en pliktbestemmelse i lov for å bidra til/delta i forskning for at det skal gis høyere prioritet, er usikkert. Informantene er delt i deres oppfatning av det. For at PNF skal bli prioritert, og være en integrert del av virksomheten, bør det stilles krav. Om kravene kommer i form av lovkrav eller interne krav, har kanskje mindre betydning. Det er antakelig mer viktig hva som følger dersom forventningen ikke følges opp, gjennom «premiering» og sanksjoner. Forskning tar tid og det kreves klar prioritering og en forutsigbar finansiering uavhengig av lov-forankring.

5.3.2 Organisasjonsutvikling

I en organisasjon henger ledelse tett sammen med organisasjons formelle trekk (mål, strategi, organisasjonsstruktur), uformelle trekk (organisasjonskultur, makt) og med organisasjonens atferd og prosesser (motivasjon, beslutninger, endring mm) (Jacobsen & Thorsvik, 1997). Sett i sammenheng med COM-B (Michie et al., 2011), kan det være vanskelig å plassere ledelse. Det er stort sett enighet om at ledelse kan defineres som; en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre mennesker tenking, holdninger og atferd (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 12.2). Man kan si at ledelse påvirker de tre hovedfaktorene identifisert i COM-B modellen, og er av betydning for ending.

Organisasjonsstrukturen, forankring av PNF i styrende dokumenter og ledelsesforankring blir bekreftet å være viktig fra informantene. Samtidig som flere påpeker at det er frivillig å delta i PNF og at det ikke må gå på bekostning av annet pasientrettet/lovfestet arbeid. Svarene tyder på at det er en tosidighet i informantenes tilbakemeldinger, noe som viser dilemmaet mellom informantens intensjoner og faktisk handling. Alle mener deltakelse og partnerskap om PNF er viktig. Men hvordan PNF implementeres og forankres i egen organisasjon, hvordan det påvirker de formelle strukturene og ledelse, er mer uklart. Dette har informantene i liten grad svart på.

En informant påpeker at det er nødvendig at også ledere har forskningskompetanse for å forstå og implementere forskning i tannhelsetjenesten. Ledernes engasjement, prioritering og organisering kan være en viktig forutsetning for PNF, både lokalt og nasjonalt (Petra Dannapfel & Per Nilsen, 2016).

Skal man få tannhelsepersonell og tannhelsetjenesten med i PNF er det viktig med ledelsesforankring, og at ledelsen har tilstrekkelig kompetanse.

Både gjennom PNF og systematisk kvalitetsarbeid deltar ansatte med sin kunnskap for å finne nye måter å arbeide på, - nye løsninger. Samtidig får de eierskap til prosessen og er med på å implementere den nye kunnskapen. Involvering og deltakelse av både medarbeidere og brukere/pasienter er viktige strategiske grep for læring i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Ved deltakelse i PNF sier flere av informantene at tjenesten blir mer bevisst og lærer å stille nye forskningsspørsmål. Involvering både påvirker den enkelte arbeidstaker (helsepersonell), men har også innvirkning på arbeidskulturen (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 4).

5.3.3 Motivasjon

Informantene i undersøkelsen er innom både indre og ytre motivasjon, motivasjon hos enkeltpersoner og organisasjonens/virksomhetens motivasjon for å delta i PNF. Flere sier at det er ansatte som er interessert i å delta, da de ønsker nye utfordringer og har en egeninteresse i å delta. De er indre motiverte. Hvordan indre motivasjon blir «heiet frem» og anerkjent vil igjen være avhengig av forhold ved organisasjon, rammebetingelser og leders interesse (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 7.5). Spørsmålet er om grad av frivillighet, som flere av informantene nevner, flytter ansvaret om deltakelse fra organisasjonens ansvar og til «ildsjeler» som er indre motiverte.

Flere har også valgt å bruke lønn som virkemiddel for å delta i PNF. Her bruker man det som ytre motivasjon (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 7.5). Ytre motivasjon trenger ikke være bare en materiell belønning, men kan også være en sosial belønning (eks. annerkjennelse fra ledelsen). Det er viktig å være klar over at ytre motivatorer bare har en motiverende effekt så lenge det er knyttet til fremtidig belønning. Det er også utfordringer for en organisasjon å skape lønns- og avlønningssystemer som virker mest mulig motiverende, og hvor man samtidig unngår ikke-intenderte effekter (Kuvaas, Buch, & Dysvik, 2018). Lønningssystemer kan like gjerne være en kilde til misnøye, der det oppfattes urettferdig, som til motivasjon.

Belønningssystemer har også en effekt på hva ledere, ansatte og forskere konsentrerer seg om. Oppmerksomheten vil dras mot oppgaver og mål som belønnes. Samtidig vet man at det er en tendens til å måle det som er lettest å kvantifisere, noe som kan føre til at viktige aktiviteter og funksjoner blir nedprioritert. Slike vanskelige målbare funksjoner kan være deltakelse i PNF, innovasjon, kreativitet og kompetanseheving (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 7.5).

5.3.4 Evne og kunnskap

Tannhelsepersonells rolle og kunnskap er lært gjennom utdanning og erfaring, og for de aller fleste er den tett knyttet til pasientsituasjonen og behandling. Undersøkelsen bekrefter at der tannhelsepersonell har vært involvert i PNF har de oftest bidratt med datainnsamling. Rollen er nært knyttet til behandlingsrollen, som de kjenner godt fra før. Det kreves derfor mindre av dem ved deltakelse.

Flere viser til kurs (bl.a. i forskningsmetode og litteratursøk) og hospitering som tiltak for å øke tjenestens forskningskompetanse og evne til å delta i PNF. Samtidig som informantene mener at aktiv deltakelse i seg selv vil gi læring og utvikling, og at det igjen gjør at man stiller nye forskningsspørsmål. Utfordringen kan være hvordan man i typiske driftsorganisasjoner, som tannhelsetjenesten, også skal ivareta utviklingspotensialet som ligger både i å utnytte eksisterende kunnskap og identifisere og utvikle ny kunnskap (James G. March, 1991).

I organisasjonsteori er begrepet «ambidekster» knytte til spørsmålet om man i en organisasjon både har læring som fremmer bedre utnyttelse, og samtidig har læring som fremmer utforskning av nye muligheter. Tannhelsetjenesten har oppgaver som både sikrer kvalitetsutvikling og bedring av eksisterende tjenester og samtidig er aktivt bidragene i PNF. For at en organisasjon skal ivareta begge rollene, sier forskningen at det forutsetter at organisasjonen bidrar til strukturell eller tidsmessig dekodning (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 10). I tannhelsetjenesten kan egne funksjoner/enheter/kompetansesentre, som er dedikerte til arbeid med PNF, være strukturell dekodning som sikrer ivaretagelse av begge funksjoner. Samarbeidet mellom tjenesten og forskning/kompetansesentre, må derfor ha en systematikk hvor man både ser på selve forskningen, men også ser på hvordan man samarbeider for læring og utvikling av ansatte.

5.4 Nytte av PNF

Det er et uttalt ønske fra helsemyndighetene å styrke samspillet mellom partene i forskningsprosessen. Et slikt samspill vil, utover å produsere kunnskap, medvirke til å overføre forskningsbasert kunnskap til praksis. Og videre at praksisfeltet kan gi nyttige innspill til forskning og reflektere praksisfeltets behov og interesser (Uggerhøj, 2011).

Informantene har ulike vurderinger når de beskriver nytte-effektene av PNF. Noen snakker om nytte knyttet til resultatet av forskningen, mens andre trekker frem nytten av å bli involvert og hvordan det påvirker organisasjonen og medarbeidere.

5.4.1 Forskningskunnskap

Det er slått fast at odontologi er et forskningssvakt område (NIFU, 2014), og at helsemyndighetene ønsker mer odontologisk forskning. PNF er et tiltak som kan gi mer odontologisk forskning, men man er avhengig av forutsigbare rammebetingelser som bl.a. finansiering, tilstrekkelig kompetanse, evne til samarbeid og gjennomføring.

Det er forventet at tannhelsetjenesten skal utøve faglig forsvarlig virksomhet (Helsepersonelloven, 1999) basert på prinsippet om kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket.no). Det innebærer bl.a. at ansatte leser seg opp på ny forskning. Inntrykket fra denne studien er at det ikke er satt i system, ved at det bl.a. settes av tid til fordypning slik det gjøres eks. i spesialisthelsetjensten (overlegepermisjon). Flere av informantene sier at vitenskapelige artikler kan være vanskelig tilgjengelig stoff, at det kan være vanskelig og orientere seg, vurdere dem og se den direkte anvendbarheten fordi kunnskapen sjelden kan implementeres direkte. Tilsvarende tilbakemeldinger har man sett i kommunehelsetjenesten (Damwad Norge, 2015).

Forskningsmiljøene ser det ikke alltid som sin rolle å være aktive formidlere av forskningskunnskap. Incentivsystemene der publisering i internasjonale tidsskrifter gir kreditering (publiseringspoeng)(Damwad Norge, 2015), kan gjøre at forskningen blir vanskeligere tilgjengelig. Tilgangen til anerkjente internasjonale tidsskrifter er ofte begrenset for ansatte i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Imidlertid har de regionale odontologiske kompetansesentrene fått tilgang til flere vitenskapelige databaser og kan være en kanal for fylkeskommunene/tannhelsepersonell til tilgang til flere vitenskapelige artikler. Flere informanter oppgir også at kompetansesentrene har kurs i litteratursøk/forskningsmetode. Et annet tiltak for å gjøre forskningen mer tilgjengelig, er å tilleggspublisere vitenskapelige artikler i en mer lettfattelig form.

En av de mer passive måtene, men likefullt viktig, å bidra i forskningsprosjekter er å stille data til rådighet. Undersøkelsen viser at tannhelsetjenesten har bidratt enten med journaldata eller at de selv har innhentet data gjennom spørreskjema, kartlegginger, testing mv. I tannhelsetjenesten finnes det få (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) nasjonale helseregistre. Skal vi få kunnskap om tannhelsen i befolkningen eller kunnskap om tannhelsetjenesten er det viktig at tannhelsepersonell

deltar i innsamling av forskningsdata. Men denne rollen er passiv og gir i seg selv ikke økt kunnskap i tjenesten, men for beslutningstakere er resultatet av slike innsamlinger viktig. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å etablere nasjonale tannhelseregistre som gir bedre oversikt over tannhelsen og tannhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

5.4.2 Kompetanseheving

I studien kommer det frem at svært få har endret praksis på grunn av funn fra PNF-prosjekter hvor tjenesten har deltatt (med unntak av noen få prosjekter). Endring av praksis tar tid og bygger som regel på omfattende forskning, noe som også påpekes av informantene.

God forankring av PNF-prosjekter i tjenesten er et tiltak som kan sikre gjennomføring, ved at prosjektet er organisert slik tjenesten er organisert, at tjenesten prioriterer prosjektet og at det settes av nødvendige ressurser til arbeidet. Samtidig gir deltakelse læring og utvikling av ansatte og tjenesten i seg selv (Andersson, 2018). Når brukere inkluderes i hele forskningsprosessen vil forskningen i større grad reflektere brukerens behov og synpunkter og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i helsetjenesten (Bjørkly & Ødegård, 2017). Ved involvering i PNF vil læringseffekten øke ved at tjenesten er med både som premissleverandør, gjennomfører og ved implementering av forskningsresultatene. Flere av informantene nevner dette, men de sier også at involvering av tjenesten i dagens praksis ofte handler om en passiv rolle, ved å innhente eller stille data til rådighet. En informant sier at det er interesse/motivasjon både for å være aktiv deltaker i prosjektet, men også til å delta i praktisk gjennomføring og innhenting av data.

Selv om informantene er opptatt av at læring kan skje gjennom deltakelse i PNF, så er det vanskelig å få tak i hvordan de konkret tenker seg at dette kan følges opp. Noen av informantene stiller spørsmål om hvordan forskningsresultater som kompetansesentrene står for, i det hele tatt blir formidlet tilbake til tjenesten.

Det vil også være naturlig å stille samme spørsmål om hvordan kunnskap blir fanget opp og ikke bare fører til ny kunnskap hos deltakere, men hvordan det gir læring på organisatorisk nivå. Organisasjoners absorptive kapasitet (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 10), handler om i hvilken grad organisasjoner klarer å fange opp ny kunnskap, vurdere om den er nyttig og relevant, og hvordan den klarer å implementere den eller innpasse den i eksisterende virksomhet. Informantens gir ikke svar på dette, men påpeker at det er viktig at ledere har kompetanse om forskning/PNF for å forstå og utvikle PNF videre og implementere resultatene i egen organisasjon.

Forskningssamarbeid mellom tjenesten og forskningsinstitusjon/akademia handler om å ta i bruk hverandres ressurser/kompetanse og samtidig være åpen for at begge kompetanse øker gjennom samarbeidet (Uggerhøj, 2011, 2017). Men det kan oppstå spenninger da organisasjonene bygger på ulikt mandat og fokus. Tjenesten har fokus på å levere helsetjenester med høy kvalitet, mens forskningsinstitusjoner skal levere forskning av høy kvalitet. Skal man lykkes i å etablere gode samarbeidsrelasjoner, vil åpenhet og fleksibilitet fra begge være viktig (Uggerhøj, 2011).

5.4.3 Endringskultur

Evnen til forandring er essensielt, og ledere som skaper og applauderer endring, er viktige i arbeidslivet (P. Dannapfel & P. Nilsen, 2016). Lederens kompetanse og utøvelse av lederskapet er et strategisk tiltak som påvirker både organisasjonens og medarbeidernes utvikling. For å forstå og implementere PNF som prosess og resultat i tannhelsetjenesten er det nødvendig med kompetanse og prioritering hos lederne. Både organisasjonsstruktur og lederkompetanse har stor innvirkning på virksomhetens styring (Jacobsen & Thorsvik, 1997). Dersom man velger ledere med forskningskompetanse, kan det påvirke hvordan virksomheten prioriterer og forstår PNF i positiv forstand. Faren kan være at andre områder ikke får samme prioritering. En bredt nedsatt ledelse med kunnskap både innen forskning og om tjenesten kan bidra til økt forståelse av samarbeidet mellom praksis og forskning.

I organisasjoner med sterk arbeidskultur oppnår man bedre samarbeid og tilhørighet (Jacobsen & Thorsvik, 1997 kap 4). Det gir grobunn for å utvikle og lære av hverandre. Ildsjeler og medarbeidere som har egeninteresse av å delta er viktig får å bygge arbeidskulturer som er nysgjerrige og har lyst til å utforske nye områder (Laird et al., 2020).

Kompetansesentrene har egne avdelinger med forskerkompetanse og har fått en sentral rolle i PNF. Det har tatt tid, men flere mottar etter hvert ekstern finansiering til forskningsprosjekter. Likevel er mitt inntrykk fra intervjuene at det ikke er klart hvordan tjenesten og kompetansesentrene skal samhandle om PNF.

Finansiering av forskning i Norge er i stor grad av innsatsstyrt. For de regionale odontologiske kompetansesentrene har finansieringen vært gjennom øremerkede midler over statsbudsjettet. Imidlertid har man fra sentrale helsemyndigheter signalisert at dette er en ordning som kun skal gjelde under oppbygging av kompetansesentrene. Etter hvert vil kompetansesentrene måtte konkurrere om

finansiering fra andre kilder blant annet midler fra Forskningsrådet (NFR). Det fordrer anerkjennelse, merittering, samt forskningsområder og -spørsmål som følger NFR prioriteringer og program.

For at forskningen skal være relevant for tjenesten og foregå i nært samarbeid med tjenesten for å få synergieffekter av deltakelse, er det viktig at det bygges opp et godt forutsigbart partnerskap mellom tjenesten og kompetansesentrene. Slik kan man bygge robuste forskningsmiljø og forskningsklinikker som rigges og involveres i PNF. Det innebærer forpliktelse og prioritering fra alle parter.

6 Konklusjon og hovedfunn

Informantene har alle en klar oppfatning av hva de forstår med begrepet PNF, selv om flere av dem oppgir at de først nå, i forbindelse med denne undersøkelsen, har gjort seg konkrete tanker om begrepet. Innholdsmessig vektlegger de PNF noe ulikt. Forskerne viser en mer detaljert beskrivelse av begrepet, men alle oppfatter at begrepet innebærer samarbeid/partnerskap mellom forskning og praksisfeltet, slik at det gir en effekt utover selve forskningsresultatene.

Tannhelsetjenesten ser ut til å ha relativt liten erfaring med å delta i praksisnære forskningsprosjekter, annet enn å være innsamler av data. Unntaket er noen konkrete forskningsprosjekt som gjennomføres i samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentrene. Flere av informantene har økt fokus og/eller har gjort tiltak for å øke involveringen av tjenesten i praksisnære forskningsprosjekter.

Det er flere faktorer som innvirker på i hvilken grad tjenesten er eller ønsker å være involvert i PNF. Informantene oppgir forhold som strategisk ledelse og forankring, arbeidskultur, medarbeidernes interesse og motivasjon, samt rammebetingelser som tid og økonomi. Flere er opptatt av at deltakelse ikke skal gå på bekostning av pasientbehandling og den «daglige driften». Motivasjon, mulighet og evne er faktorer som fremmer eller hemmer evnen og viljen til deltakelse i PNF. Informantenes tilbakemeldinger viser at disse faktorene har betydning, uten at de selv ser dem i sammenheng. Varig endring synes å kreve arbeid på alle tre områdene.

Alle informantene i denne undersøkelsen ser nytten av PNF, men legger noe ulikt i det og det synes å avhenge av hvordan den enkelte selv definerer begrepet «nytte». Noen knytter det til resultatet av forskningen, men andre har mener det handler om nytten ved å delta. Alle former er viktig, men gjennom aktiv deltakelse (medforsker) oppnås økt kunnskap og kompetanse i tjenesten som et resultat av involvering og det gir en mergevinst utover resultatet av selve forskningen.

Denne undersøkelsen avdekker flere nye problemstillinger som det vil være interessant å forfølge og forske mer på. Ikke minst gjelder det metode for hvordan praksisfeltet kan delta i forskningen slik at man oppnår en læringseffekt som bidrar til kunnskapsbasert praksis.

Litteraturliste

- Alstveit, M., Willumsen, E., & Ødegård, A. (2017). Forsknings samarbeid mellom praksisfeltet og akademia - en utforskning av dette samspillet rolle i kunnskapsutvikling. In A. M. Støkken & E. Willumsen (Eds.), *Brukerstemmer , praksisforskning og innovasjon*. Kristiansand: Protal forlag AS.
- Andersson, N. (2018). Participatory research—A modernizing science for primary health care. *Journal of General and Family Medicine, 19*(5), 154-159. doi:10.1002/jgf2.187
- Bjørkly, S., & Ødegård, A. (2017). Brukermedvirkning i praksisnær forskning- hva er det , og hva gir det? In A. M. Støkken & E. Willumsen (Eds.), *Brukerstemmer, praksisforskning og innovasjon*. Kristiansand: Portal forlag AS.
- Damwad Norge, S. a. A. (2015). *Forskning og utvikling i kommunesektoren. Kommunesektorens initiering, medvikning og bruk av kunnskap fra FoU*. Retrieved from <https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/57b300e2725e251cb1106f9e/1471348965503/D4-2015+Kommunesektorens+bruk+av+FOU.pdf>
- Dannapfel, P., & Nilsen, P. (2016). Evidence-Based Physiotherapy Culture—The Influence of Health Care Leaders in Sweden. *Open Journal of Leadership, 5*(3), 51-69. doi:10.4236/ojl.2016.53006
- Dannapfel, P., & Nilsen, P. (2016). Evidence-Based Physiotherapy Culture—The Influence of Health Care Leaders in Sweden. *Scientific Research. An Academic Publisher, 5*(3). doi:10.4236/ojl.2016.53006
- Filstand, C. (2010). Skusesskriterier for etablering av en sterk læringskultur. *Magma Tidsskrift for økonomi og ledelse, 13*(3), 63-70. doi:
- Forskningsrådet. (2018). Godkjente forskningsorganisasjoner. Retrieved from <https://www.forskningsradet.no/sok-om-finansiering/hvem-kan-soke-om-finansiering/forskningsorganisasjoner/godkjente-forskningsorganisasjoner/>
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C., & Gino, F. (2008). Is Yours a Learning Organization? *Harvard Business Review*. Retrieved from <https://hbr.org/2008/03/is-yours-a-learning-organization>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *HelseOmsorg21. Et kunnskapsystem for bedre folkehelse*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Handlingsplan (2017-2027)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30*. Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/>

- Helsebiblioteket.no. Kunnskapsbasert praksis. Retrieved from
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Retrieved from
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Lov om helsepersonell m.v. LOV-1983-06-03-54, (1999).
- Hetland, H. (2008). Translasjonsledelse: Inspirasjon til endring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 45, nummer 3, 2008, side 45, 265-271. Retrieved from
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-end>
- Hummelvoll, J. K. (2011). Realisme i praksisnær forskning. *Sykepleien forskning*, 3, 288-291. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11250/134713>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer* (2016 ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., . . . Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *The Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x
- Kuvaas, B., Buch, R., & Dysvik, A. (2018). Individual Variable Pay for Performance, Incentive Effects, and Employee Motivation. *Academy of Management Proceedings*, 2018, 12393. doi:10.5465/AMBPP.2018.12393abstract
- Laird, Y., Manner, J., Baldwin, L., Hunter, R., McAteer, J., Rodgers, S., . . . Jepson, R. (2020). Stakeholders' experiences of the public health research process: time to change the system? *Health Research Policy and Systems*, 18. doi:10.1186/s12961-020-00599-5
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122, 2468-2472. Retrieved from
<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- March, J. G. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning *Informa PubsOnline*, 2. doi:doi.org/10.1287/orsc.2.1.71
- March, J. G. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, 2(1), 71-87. doi:doi.org/10.1287/orsc.2.1.71
- McIntyre, D. (2005). Bridging the gap between research and practice. *Cambridge Journal of Education*, 35. doi:10.1080/03057640500319065

- Michie, S., van Stralen, M., & West, R. (2011). The Behaviour Change Wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science : IS*, 6, 42. doi:10.1186/1748-5908-6-42
- Minkler, M. (2005). Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *Journal of Urban Health*, 82, pagesii3–ii12. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1093/jurban/jti034>
- NIFU, N. i. f. s. a. i., forskning og utdanning. (2014). *Kartlegging og analyse av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge*. (2014:48). Retrieved from <https://www.nifu.no/publications/1185911/>
- NIFU, N. i. f. s. a. i., forskning og utdanning. (2015). Definisjoner og klassifiseringer. Retrieved from <https://www.nifu.no/fou-statistiske/fou-statistikk/om-fou/definisjoner-og-klassifiseringer/>
- Nonaka, I. (1997). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Inform Systems Online*, 5(1). doi:doi.org/10.1287/orsc.5.1.14
- OECD. (2015). Frascati Manual. Guidelines for collecting and reporting data on research and experimental development. Retrieved from <https://www.oecd.org/sti/inno/frascati-manual.htm>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi:<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m. m. LOV-1999-07-02-61, (1999).
- St. meld. nr. 35 (2006-2007). (2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning — Framtidens tannhelsetjenester*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-35-2006-2007-/id475114/>
- Lov om tannhelsetjenesten, LOV-1983-06-03-54 C.F.R. (1983).
- Uggerhøj, L. (2011). What is practice research in social work: definitions, barriers and possibilities. *Social work & Society*, 9(1), 45-59. Retrieved from <http://www.socwork.net/sws/article/view/6/19>
- Uggerhøj, L. (2017). Possibilities and barriers in practice research approaches. In A. M. Støkken & E. Willumsen (Eds.), *Brukerstemmer, praksisforskning og innovasjon* (1. utgave ed., pp. 25-36). Kristiansand: Portal forlag AS
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity* [Cambridge University Press]. Retrieved
- Willumsen, E., & Studsrød, I. (2010). Høyere utdanning og praksisnær forskning i profesjonsutdanningene - et eksempel fra sosialt arbeid. *Uniped*, 1, 25-36. doi:<http://hdl.handle.net/11250/184064>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse sendt NSD

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD