

## FAGUTVIKLING

# Strategiske grep for å designe og produsere bærekraftig forskning

**Når forskningsprosjekter planlegges og designes, er teoretiske og metodologiske rammeverk nyttige. De kan forhindre forskningssløseri og gi bærekraftige forskningsresultater.**

### [Gunilla Borglin](#)

Professor  
Lovisenberg diakonale høyskole

### [Siren Eriksen](#)

Professor  
Lovisenberg diakonale høyskole

### [Cecilia Olsson](#)

Førsteamanuensis og docent  
Lovisenberg diakonale høyskole og Karlstads universitet

### [Edith Roth Gjevjon](#)

Professor  
Lovisenberg diakonale høyskole

### [Sykepleieforskning](#)

### [Nytteverdi](#)

### [Forskningssløseri](#)

Sykepleien 2022;110(90602):e-90602

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.90602](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90602)

### Hovedbudskap

I denne artikkelen viser vi hvordan en gruppe forskere ved Lovisenberg diakonale høyskole og Karlstads universitet i Sverige tar strukturerte grep for å unngå forskningssløseri.

I en kronikk (1) argumenterte vi for at aktive forskere innenfor helsevitenskapen, særlig sykepleievitenskapen, må være mer bevisst på begrepet «forskningsssløseri» (2–8). Begrepet har faktisk blitt diskutert helt siden 1966 (9). I 1994 artikulerte den kjente statistikeren Douglas Altman (10) tydelig i *British Medical Journal* at han mente det fantes for mye medisinsk forskning av lav kvalitet. I 2022 er det minst like viktig, om ikke viktigere, å være oppmerksom på kvaliteten på forskningen vi utfører. Omfanget av forskningspublikasjoner er enormt, men kun en liten del av disse publikasjonene resulterer i bærekraftig kunnskap. Det vil si forskning som er anvendbar for praksis til det beste for pasienter, pårørende, helsepersonell og helsetjenestene. Vi må derfor være bevisst på de ulike utfordringene som finnes når vi skal designe og gjennomføre forskning.

## **Stiller vi relevante forskningsspørsmål?**

Kunnskap og kompetanse om forskningsprosessen og dens utfordringer er essensiell, spesielt for å unngå forskningsssløseri. Ulike publiserte litteraturgjennomganger (2, 3) viser utfordringer knyttet til forskning innen sykepleie- og helsetjenestene. En av de viktigste er hvilke forskningsspørsmål vi stiller. Er de i det hele tatt relevante for pasientene, de pårørende, helsepersonellet eller helsetjenestene?

Studier (2, 3) viser at forskningsspørsmålene som stilles, ofte ikke er de som ville vært prioritert av helsepersonellet eller pasientene. En annen utfordring er hvilket design og hvilke metoder som velges for å besvare forskningsspørsmålene. Mer enn 50 prosent av forskningsstudiene utformes ikke ut fra gjeldende evidens, og systematiske litteraturgjennomganger er sjelden gjennomført i forkant. Majoriteten av studiene som gjennomføres i sykepleie, er mindre enkeltstudier med et beskrivende forskningsdesign. Sannsynligheten er dermed stor for at vi verken bidrar til å redusere forskningsssløseri eller styrke kunnskapen på feltet gradvis, kalt inkrementell kunnskapsutvikling – *incremental knowledge development*.

## **Et programmatisk forskningsmiljø bygges opp**

De ovennevnte utfordringene knyttet til forskning var grunnen til at daværende rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH) fattet en strategisk beslutning i 2020 om at LDH skulle bygge opp et programmatisk forskningsmiljø der forskningsfokuset skulle være det overordnede begrepet «kontinuitet». Samtidig etablerte LDH sammen med Karlstads universitet (KAU) i Sverige et forsknings- og utdanningssamarbeid, der KAUs overordnede begrep er «kvalitet».

## **En strategisk plattform samler delene mot felles mål**

Et *programmatisk forskningsmiljø* eller et forskningsprogram kan defineres som flere samordnede forskningsprosjekter som etter en felles plan har til hensikt å oppnå et overordnet mål, i denne sammenhengen kontinuitet og kvalitet.

Forskningsprogrammer blir ofte kritisert for å være ekskluderende. Det kan være vanskelig å inkludere forskningsprosjekter som har andre perspektiver, i et eksisterende program. Vi mener at en slik eksklusjon er mulig å avverge ved heller å organisere forskningsprogrammet ut fra en strategisk plattform.

Forskningsprogrammer blir ofte kritisert for å være ekskluderende.

En plattform kan i denne sammenhengen defineres som en deklarasjon av prinsipper, etablerte planer eller et sted for diskusjoner. En plattform gjør det mulig å danne nettverk. Den kan ses som et nav som knytter sammen ulike deler, inkludert mennesker, som samler dem mot et felles mål. Vi valgte derfor å begynne å bygge opp den programmatisk forskningplattformen «Continuity for Quality of Care and Health».

Et viktig mål er å gi oss muligheten til å arbeide aktivt med å skape trinnvis økt kunnskap: inkrementell kunnskapsutvikling knyttet til LDHs overordnede begrep «kontinuitet» og KAUs begrep «kvalitet» uavhengig av perspektiv og kontekst innenfor sykepleiefeltet. Nedenfor gir vi et eksempel på hvordan vi arbeider på LDH for å motvirke forskningsløseri og for å utvikle inkrementell og bærekraftig kunnskap innen plattformens ulike rammeverk.

## **Hvordan arbeider vi i plattformen?**

Hensikten med plattformen og samarbeidet med KAU er å utvikle, teste og iverksette forskning som er til gagn for pasienter, pårørende, sykepleiere og helsetjenestene i Norge og Sverige. Arbeidet i plattformen vil også være sentralt for undervisning og læring om vitenskap, kunnskap, metodologi og metode ved våre institusjoner.

Forskningsprosjektene i plattformen er ikke bare koordinert seg imellom, de henger sammen og muliggjør informasjon til hverandre.

I dag er ni forskere og fire doktorgradsstipendiater knyttet til plattformen. Forskerne, halvparten LDH-ansatte og halvparten KAU-ansatte, utgjør det totale veilederteamet for stipendiatene og fungerer som en etablert forskergruppe med eget samarbeid utover veiledning av stipendiater. Tre stipendiater er ansatt ved LDH, men antatt som doktorgradsstudenter ved KAU. Én er både ansatt og student ved KAU.

Forskningsprosjektene i plattformen er ikke bare koordinert seg imellom, de henger sammen og muliggjør informasjon til hverandre. Alle i forskningsmiljøet samarbeider aktivt både innad i – loddrett – og mellom – vannrett – de individuelle prosjektene i plattformen.

## **Rammeverket er både teoretisk og metodologisk**

Plattformen har sitt fundament i både teoretiske og metodologiske rammeverk (tabell 1). Rammeverkene har betydning for å utvikle relevant og bærekraftig kunnskap. Det viktigste er kanskje at rammeverkene fungerer som en innebygget beskyttelse mot forskningsløseri. Rammeverkene vil støtte utviklingen av forskningsdesign som 1) sikrer relevant forskning, 2) sikrer og tilfører verdi i forskningen, og 3) sikrer kvalitet i forskningen.

**Tabell 1.** Metodologiske og teoretiske rammeverk – «Continuity for Quality of Care and Health»

• Medical Research Councils Framework for Complex Interventions (MRC, 2021)	Tilfører verdi - Sikrer kvalitet i design og metode
• Patient, public and professional involvement (PPPI)	Tilfører verdi - Setter agenda for forskning - Stiller relevante og prioriterte spørsmål - Vurderer de viktige utfallene og konsekvenser av intervensjonen
• Ensuring Value in Research (EViR)	Sikrer verdi - Prioriterer nyttig forskning
• Continuity (of care)	Sikre inkrementell kunnskapsutvikling - Teste teori i klinikken

© G Borglin 2022

Hvert prosjekt er unikt, men har samtidig en sterk tilknytning til LDHs programmatisk forskningsplattforms overordnede og samlende begrep «kontinuitet» og KAUs begrep «kvalitet». Å samle prosjekter rundt disse to begrepene vil støtte utviklingen av en «inkrementell kunnskapsloop», både om begrepene i seg selv, men også til kunnskapsutvikling innen helsetjenesteforskning generelt, sykepleie og sykepleievitenskap spesielt. Vi har i det følgende valgt å beskrive det teoretiske rammeverket for kontinuitet.

## **Kontinuitet er teoretisk rammeverk for plattformen**

Målet med å anvende et felles teoretisk rammeverk for prosjektene som igangsettes i forskningsplattformen, er å bidra til at kunnskap på feltet gradvis styrkes. I tillegg ønsker vi å teste rammeverkets anvendbarhet i klinisk praksis. Dette er viktig da vi vet at kontinuitet er et komplekst begrep der forståelsen og definisjonen av det varierer med konteksten og perspektivet (11).

Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i den mest omfattende og sammensatte definisjonen av «kontinuitet» (12, 13) som teoretisk grunnlag for plattformens forskningsprosjekter (tabell 2). Vi anser at den multiaksiale definisjonen til Freeman og medarbeidere (13) bidrar til at begrepet «kontinuitet», ut fra et forskningsperspektiv, kan operasjonaliseres så bredt og inkluderende som mulig. Sammen med innspill fra målgrupper vil rammeverket sikre relevante forskningsspørsmål, avdekke variabler og fenomener av betydning, gi grunnlag for analyser og tolkninger av forskningsfunn samt trekke bærekraftige konklusjoner.

**Tabell 2.** Et teoretisk rammeverk for kontinuitet i helsetjenestene

Opplevd kontinuitet	Opplevelse av et koordinert og sømløst pasientforløp
Fleksibel kontinuitet	Helsehjelpen er tilpasset hver enkelt pasients behov
Kontinuitet over personell- og tjenestegrensene	Effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell, helsetjenester og pasienter og/eller pårørende
Informasjonskontinuitet	Overføring av relevant og oppdatert informasjon i pasientforløpet
Longitudinell kontinuitet og personkontinuitet	Å motta helsehjelp fra så få personer som mulig og i samsvar med behov
Relasjonell kontinuitet	Én eller flere navngitte personer pasienten kan forholde seg til
Forløpskontinuitet	Pasienten mottar helsehjelp så lenge det er behov
Kontekstuell kontinuitet	Helsehjelp som bistår pasienten med å opprettholde sosiale relasjoner og styrke livskvaliteten

Kilde: Freeman og medarbeidere (13). Egen oversettelse.

I tillegg til det teoretiske rammeverket for LDHs overordnede begrep «kontinuitet» lener vi oss på metodologiske rammeverk og prinsipper som rettleider tilnærmingen til og organiseringen av forskning innen plattformen.

## Metodologiske rammeverk skal sikre kvaliteten

Tre ulike metodologiske rammeverk fungerer som støtte når vi utvikler og designer prosjektene som er knyttet til forskningsplattformen (tabell 1). Disse rammeverkene skal først og fremst sikre kvaliteten på prosjektene som skal gjennomføres. Det vil si, formålet er å dempe utfordringene knyttet til design og metoder som vi har presentert i innledningen til denne artikkelen, men også å kvalitetssikre forskningsspørsmålene.

Alle prosjektene i plattformen tar derfor utgangspunkt i det metodologiske rammeverket «Framework for Complex Interventions», MRC-rammeverket, til britiske Medical Research Council. Dette rammeverket innebærer en gjentakende frem-og-tilbake-prosess for valg av design, metode og utvikling, testing og implementering av komplekse intervensjoner (14).

MRC-rammeverket skal sikre at design og metode holder høy kvalitet og er pålitelige, at resultatene er gyldige og overførbare, og at kunnskapen som utvikles, er relevant for pasienter, klinikker og helsetjenesten. Forenklet kan MRC-rammeverkets fire trinn forstås som følger:

1. **Utvikling.** Finn ut hva vi vet om fenomenet fra før: Hva finnes av evidens, om noe? Avdekke kunnskapshull og kunnskapsbehov. Identifisere, modifisere eller utvikle en intervensjon som man antar kan løse utfordringene som avdekkes.
2. **Gjennomførbarhet.** Undersøk aksept for studien og/eller intervensjonen, hvordan rekruttere deltakere. Inviter pasienter, pårørende, klinikere og eksperter til å gi innspill og råd.
3. **Evaluering.** Hvordan kan intervensjonen som ble identifisert, modifisert eller utviklet, best fyller kunnskapshull? Hvilke spørsmål kan besvares og bidra til ønsket forandring?

4. **Implementering.** Vurder hvordan studiedesignet skal se ut for at effekten av intervensjonen skal bli så stor som mulig.

I rammeverkets fire faser skal forskerne være oppmerksom på seks kjerneområder:

1. Hva konteksten er, og hvordan intervensjonen påvirkes av denne.
2. Hva som er underliggende teori for intervensjonen.
3. Hvordan målgruppers perspektiver kan inkluderes i forskningen.
4. Hva som er de viktigste usikkerhetene eller risikoene.
5. Hvordan intervensjonen kan bearbeides eller forbedres.
6. Hva som er målbare konsekvenser av intervensjonen, altså ressurser, utfall og resultater.

Som vi innledet med, vet vi at forskningsspørsmålene som stilles, ofte ikke er de som ville vært prioritert av pasienter og helsepersonell (2, 3). En meget sentral hjørnestein i plattformen, og det andre metodologiske rammeverket, er derfor at alle forskningsprosjektene designes ut fra pasientinvolvering, offentlig og profesjonell involvering (*patient, public and professional involvement*, PPPI). Forskningsprosjekter som ikke inkluderer PPPI, når sjelden opp i konkurransen om forskningsmidler.

### **Involvering av PPPI beskrives i liten grad**

De aller fleste organisasjoner som tildeler forskningsmidler, krever at brukere, altså målgruppen(e) for forskningen, er involvert i alle fasene i et forskningsprosjekt, fra planlegging til konklusjon. I tillegg er samarbeid mellom utdanning, forskning og klinikk avgjørende for å kunne stille de riktige spørsmålene og formulere og svare på relevante problemstillinger.

Til tross for at PPPI har vært anbefalt og fremsnakket i to tiår, viser systematiske litteraturstudier, også nylig (15), at forskningspublikasjoner innen helse- og sykepleietjenester i liten grad beskriver involvering av PPPI. Og når PPPI er beskrevet, er det kun bidrag i de tidlige fasene der problemer og intervensjoner identifiseres (16).

Det første PPPI-møtet i regi av forskningsplattformen fant sted i oktober 2022, der relevans og perspektiver knyttet til forskningsprosjektenes hensikter, mål og gjennomføring samt sentrale begreper ble diskutert. Diskusjonene og innspillene førte til justerte definisjoner av sentrale begreper samt gjorde oss oppmerksom på andre viktige perspektiver enn vårt.

### **Sluttprosjektene skal være mest mulig bærekraftige**

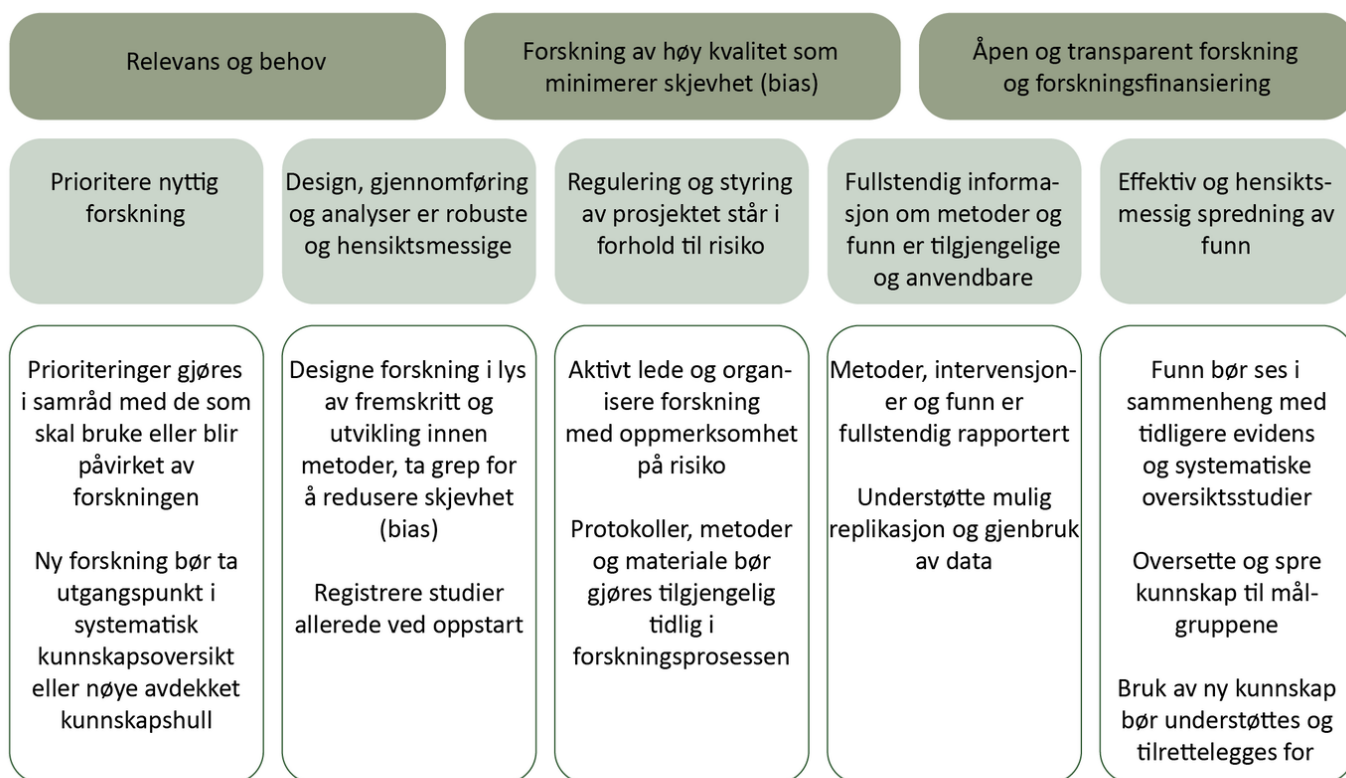
PPPI-gruppen er sammensatt av to sykepleiere fra henholdsvis hjemmesykepleien og sykehjem, to pasient-pårørende-representanter, to eksterne forskere samt plattformens stipendiater og veiledere. Gruppens sammensetning er ikke statisk, den kan utvides etter behov og faser i forskningsprosessen, for eksempel med aktive mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. På denne måten tilstreber vi at sluttprosjektene representerer «antisløseri» og bærekraftig forskning.

Vi tilstreber at sluttprosjektene representerer 'antisløseri' og bærekraftig forskning.

Problemstillinger og forskningsspørsmål utvikles altså innen plattformen i samråd med pasienter, pårørende, klinikere og etablerte forskere samtidig som de bygger på teoretiske og metodologiske rammeverk.

Den programmatiske forskningen og dens aktiviteter innen plattformen følger et sett prinsipper (figur 1) som skal bidra til å sikre at planlagt og gjennomført forskning tilfører verdi til noe eller noen (17).

**Figur 1.** Prinsipper for å sikre verdi i forskningen



Kilde: EViR Ensuring Value in Research (17). Egen oversettelse.

Prinsippene er utformet av et internasjonalt forum, EViR Funders' Forum (17), som består av organisasjoner som finansierer forskning. De ønsker kort sagt mer valuta for pengene de tildeler (16). Mange forskere bruker mye tid og ressurser på å utforme søknader om forskningsmidler, og det er kun et fåtall som lykkes i konkurransen. EViR-prinsippene er laget for å signalisere hva de som finansierer forskning, vurderer som verdifull forskning. De kan også hjelpe forskerne med å utforme søknader som samsvarer med prinsippene.

Vi som forskere skal ikke sløse med fellesskapets midler.

Prinsippene er dessuten en tydelig påminnelse om at vi som forskere ikke skal sløse med fellesskapets midler, men sikre at forskningen vi gjennomfører og kunnskapen vi genererer, skal komme pasienter, pårørende, helsepersonell, helsetjenester og samfunnet til gode.

## Konklusjon

I denne artikkelen har vi presentert hva vi mener er nødvendig for å kunne designe for og produsere bærekraftige forskningsresultater. I beskrivelsen av LDHs programmatisk forskningsplattform har vi vist hvordan vi foreslår at dette kan håndteres ved å implementere teoretiske og metodologiske rammeverk og prinsipper som støtte ved planlegging og design av forskningsprosjekter.

*Takk til tidligere rektor ved Lovisenberg diakonale høgskole (LDH), Lars Mathisen, som med mot, fremsynthet og klokskap har gitt et viktig bidrag i kampen mot forskningsløseri ved å satse strategisk på programmatisk forskning ved LDH. Takk også til Karlstads universitet (KAU) og Forskarskolan hälsa for et fruktbart og viktig samarbeid. Til slutt takk til stipendiatene Ida Røed Flyum (LDH), Ole Martin Nordaunet (LDH), Caroline Kreppen Overen (LDH) og Karin Sandberg (KAU). Øvrige veiledere: professor Maria Larsson (KAU), dr. Anna Josse Eklund (KAU), dr. Ingela Karlsson (KAU), dr. Adelheid Hillestad (LDH) og professor Hanne Aagaard (LDH). Takk også til vår PPPI-gruppe.*

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*



VERDI I FORSKNINGEN: Mange forskere bruker mye tid og ressurser på å utforme... **LES MER** ▾

1. Borglin G, Eriksen S, Olsson C, Gjevjon ER. Bare [15 prosent av forskningen er direkte nyttig](#). Sykepleien. 2022;110(5):86–7.
2. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. The Lancet. 2009;374(9683):86–9. DOI: [10.1016/S0140-6736\(09\)60329-9](#)
3. Glasziou P, Chalmers I. Research waste is still a scandal – an essay by Paul Glasziou and Iain Chalmers. BMJ. 2018;363:k4645. DOI: [10.1136/bmj.k4645](#)



4. Hallberg IR. Challenges for future nursing research: providing evidence for health-care practice. *Int J Nurs Stud.* 2006;8(43):923–7. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2006.07.017](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.017)
5. Hallberg IR. Taking nursing research further, how and what to do. *Nursing Practice Today.* 2016;3(2):40–3. Tilgjengelig fra: [https://www.academia.edu/78144438/Taking\\_nursing\\_research\\_further\\_how\\_and\\_what\\_to\\_do](https://www.academia.edu/78144438/Taking_nursing_research_further_how_and_what_to_do) (nedlastet 04.11.2022).
6. Mantzoukas S. The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: a quantitative content analysis. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(4):479–89. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2008.12.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.016)
7. Richards DA, Coulthard V, Borglin G, Team RR. The state of European nursing research: dead, alive, or chronically diseased? A systematic literature review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11(3):147–55. DOI: [10.1111/wvn.12039](https://doi.org/10.1111/wvn.12039)
8. Richards DA, Hanssen TA, Borglin G. The second triennial systematic literature review of European nursing research: Impact on patient outcomes and implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018;15(5):333–43. DOI: [10.1111/wvn.12320](https://doi.org/10.1111/wvn.12320)
9. Schor S, Karten I. Statistical evaluation of medical journal manuscripts. *JAMA.* 1966;195:1123–8. DOI: [10.1001/jama.1966.03100130097026](https://doi.org/10.1001/jama.1966.03100130097026)
10. Altman DG. The scandal of poor medical research. *BMJ.* 1994;308:283–4. DOI: [10.1136/bmj.308.6924.283](https://doi.org/10.1136/bmj.308.6924.283)
11. Gjevjon ELR. Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2014.
12. Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London; The King's Fund; 2010. Tilgjengelig fra: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf) (nedlastet 04.11.2022).
13. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). London: NCCSDO; 2000.
14. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2021;374:n2061. DOI: [10.1136/bmj.n2061](https://doi.org/10.1136/bmj.n2061)
15. Gray R, Brasier C, Zirnsak T-M, Ng AH. Reporting of patient and public involvement and engagement (PPIE) in clinical trials published in nursing science journals: a descriptive study. *Res Involv Engagem.* 2021;7(1):88. DOI: [10.1186/s40900-021-00331-9](https://doi.org/10.1186/s40900-021-00331-9)

16. Cluley V, Ziemann A, Feeley C, Olander EK, Shamah S, Stavropoulou C. Mapping the role of patient and public involvement during the different stages of healthcare innovation: a scoping review. *Health Expect.* 2022;25(3):840–55. DOI: [10.1111/hex.13437](https://doi.org/10.1111/hex.13437)
17. EViR Ensuring Value in Research [internet]. Home. Southampton: EViR; 2022. [hentet: 04.11.2022]. Tilgjengelig fra: <https://evir.org>