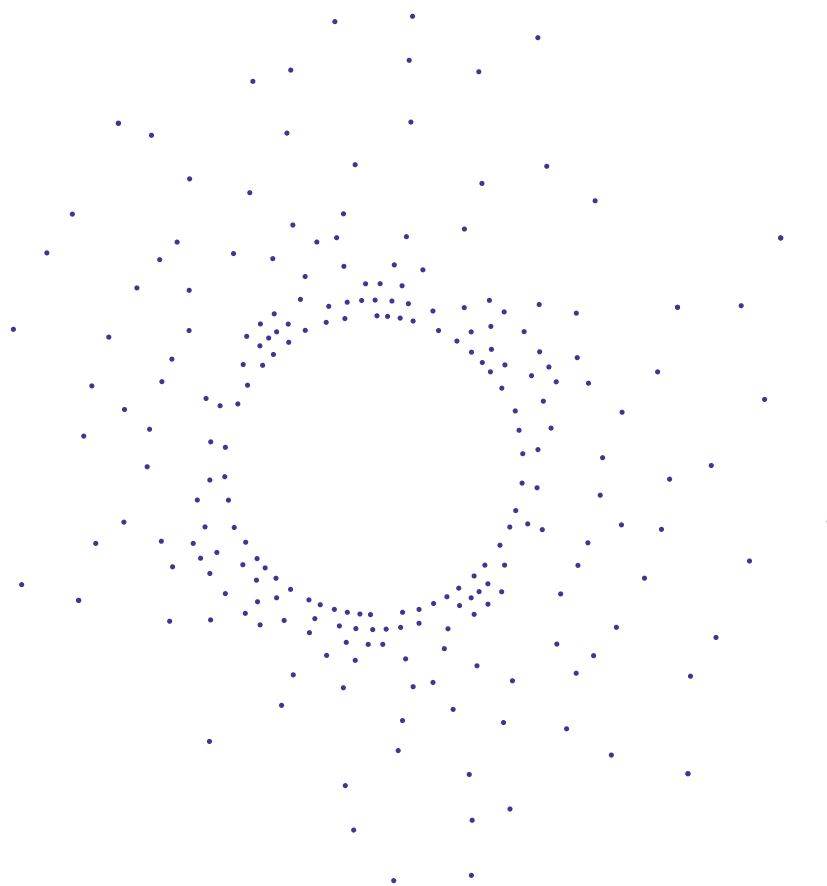


# Kommunal innovasjonsledelse og innovasjonskultur

## Mellomledere og endring i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Rita Sørly og May- Britt Ellingsen (red.)



Prosjekttittel: Kommunal innovasjonsledelse og innovasjonskultur (KOMII)  
Prosjektnummer: 101587  
Institusjon: NORCE Samfunnsforskning  
Oppdragsgiver(e): Regionalt Forskningsfond Nord  
Gradering: Åpen  
Rapportnr.: 5-2020  
ISBN: 978-82-8408-133-5  
Antall sider: 44  
Publiseringsmnd.: 10/2020

#### Sammendrag

Utgangspunktet for denne rapporten er behovet for nytenkning og utvikling av nye organisatoriske løsninger innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner med døgkontinuerlig drift, med høye krav til ledelse, kompetanse, tverrfaglighet og samarbeid med mange andre aktører (*Omsorg 2020*). Samhandling og brukermedvirkning er sentrale prioriteringer. Sektoren er tjent med medarbeiderdrevne endringer av arbeidsprosesser som baseres på innovasjonsledelse og kultur.

Prosjektet Kommunal innovasjonsledelse og innovasjonskultur (KOMII) hatt som mål å undersøke utviklingen av innovasjons-ledelse og kultur i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

## Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning	7
2. Bakgrunn	9
3. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten	11
4. Metode, datainnsamling og prosjektaktivitet	13
5. Hovedfunn	21
6. Avrunding: Å forske på kommunale helse- og omsorgstjenester	29
7. Å ta i bruk velferdsteknologi – utfordringer og muligheter v/ A. Gramstad og H.K. Andreassen	32
Referanser	41

## Forord

Prosjektet KOMII – Kommunal Innovasjon og Innovasjonskultur – har vært et samarbeidsprosjekt mellom Tromsø kommune og Norut (NORCE), finansiert av RFF Nord. Samarbeidspartnere har vært Senter for omsorgsforskning /NTNU, Senter for omsorgsforskning/UiT Norges Arktiske Universitet, kommunene Gjøvik, Sortland og Skjervøy, samt University of Southampton og Hartpury Graduate School. NORCE har hatt det praktiske ansvaret for gjennomføringen av prosjektet og publisering av resultater.

Forskerteamet takker Tromsø kommune som ledet prosjektet, og alle samarbeidspartnere for deres engasjement og deltakelse i dette prosjektet. Vi takker spesielt enhetslederne og mellomlederne i helse- og omsorgstjenesten i de to deltakerkommunene som stilte opp og velvillig delte sine erfaringer med oss. Deres bidrag ga oss ny innsikt og kunnskap om innovasjon og endringsarbeid innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Vi takker også forsker Yngve Antonsen, UiT Norges Arktiske Universitet og Roar Skare, Organisasjonspsykologene Skare, for inspirerende samarbeid og gode bidrag til aksjonsforskningsdelen av prosjektet.

Tromsø, den 10. oktober 2020

May-Britt Ellingsen  
prosjektleder

## Sammendrag

Utgangspunktet for denne rapporten er behovet for nytenkning og utvikling av nye organisatoriske løsninger innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner med døgkontinuerlig drift, med høye krav til ledelse, kompetanse, tverrfaglighet og samarbeid med mange andre aktører (*Omsorg 2020*). Samhandling og brukermedvirkning er sentrale prioriteringer. Sektoren er tjent med medarbeiderdrevne endringer av arbeidsprosesser som baseres på innovasjonsledelse og kultur.

Prosjektet Kommunal innovasjonsledelse og innovasjonskultur (KOMII) hatt som mål å undersøke utviklingen av innovasjons-ledelse og kultur i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Prosjektet kan deles inn i to hovedfaser. I den første fasen (vår – høst 2017) ble det lagt vekt på å få økt innsikt i kommunenes arbeid med endringsledelse, samt å systematisere og dokumentere kommunenes arbeid med innovasjon. I Tromsø særskilt knyttet opp mot implementeringen av *Program for utvikling av helse- og omsorg 2017–2018* og i Skjervøy var fokus på omstillingsprogrammet. Gjennom aksjonsforskning og deltakerbaserte metoder (workshops, innovasjonsverksteder og dialogmøter) hadde prosjektet som mål å levere fortløpende kunnskapsinnspill tilbake til kommunen gjennom å følge konkrete utviklingsløp eller skape intervensjoner i kommunen.

Den andre delen (våren 2018 – august 2019) ble aksjonsforskningsperspektivet tonet ned og vekten ble lagt på hvordan kommunen i praksis fremmer innovasjonsledelse og innovasjonskultur. Formålet har her vært å få fram hva mellomledere og medarbeidere i kommunen i utvalgte case oppfatter som suksessfaktorer i eget innovasjonsarbeid.

I tillegg til dokumentstudier og dialogmøter er det innhentet intervjudata. Dialogmøtene har vært i form av presentasjoner og refleksjoner i større og mindre ledergrupper. Samlet har det i prosjektperioden vært gjennomført intervju av til sammen 32 ledere og mellomledere innenfor helse- og omsorgssektoren i to deltakerkommuner. Det har vært gjennomført individuelle dybdeintervju og fokusgruppeintervju. I etterkant av seks fokusgruppeintervju har det blitt gjennomført workshops. Lederne og mellomlederne arbeidet i helse- og omsorgstjenester i to deltakerkommuner. I første del av prosjektet hadde fokus på mellomlederne, deres kompetanse, handlingsrom og innovasjonskultur. Intervjuene var dels en kartlegging av innovasjons- og utviklingsarbeid og av lederverktøy. I etterkant av fokusgruppeintervjuene ble det gjennomført innovasjonsverksteder. Datainnsamlingen hadde anlagt et bredt fokus, hvor ledere og mellomledere kom fra mange forskjellige enheter i kommunene. I andre runde av prosjektet, medførte analysearbeid fra

første del, at forskerteamet valgte å hente inn data fra to enheter i en av deltakerkommunene for å gjøre dybdestudier.

Funnene i prosjektet presenterer en del utfordringer knyttet til innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester. Hovedfunnene i prosjektets første del viser at engasjerte og kompetente mellomledere i kommunene står overfor kontinuerlig utviklingsarbeid og endringer som initieres ovenfra. Uklar strategi og svake kommunikasjonsstrukturer samt en travel hverdag og stram ressursituasjon skaper innovasjonstretthet hos de ansatte. De opplever det som utfordrende å holde fokus og kontinuitet i utviklingsarbeidet når omstilling er kontinuerlig og omorganiseringer avløser hverandre. I tillegg har kommunene opplevd turnover de siste årene hvor blant annet enhetsledere og avdelingsledere er skiftet ut, og da klarer man ikke å videreføre utviklingsarbeid eller erfaringer fra forgjengerne. Erfaringene fra tidligere prosjekter synes i beskjeden grad å ha blitt lagret i organisasjonen, eller så trekker man ikke veksler på tidligere erfaringer. Det iverksettes nye prosjekter uten at forgående prosjekter evalueres på en systematisk måte. Dette fremmer repetisjon fremfor innovasjon.

De ansatte ønsker imidlertid å bidra til utvikling, og forbedringer i tjenesten. Det finnes enkelt eksempler på at avdelingsleder etterspør innspill fra ansatte – men dette skjer i mindre omfang. Man har så langt ikke hatt en kanal/arena for dette eller en metode for å tenke prioriteringer og forbedringer i tjenesten.

I prosjektets andre del knyttes hovedfunnene til suksesskriterier for kommunal innovasjonspraksis, som presentert av mellomlederne selv. De framhever *tillitsbasert nærledelse, godt arbeidsmiljø, kompetansedekning, samarbeid på tvers av avdelinger (heltidskultur), god økonomistyring, kultur, verdier og normer* som viktig for å skape gode og effektive arbeidshverdager. **Viktige forutsetninger for endringsarbeid og innovasjon var knyttet til tillitsbasert ledelse, fleksibilitet og dynamikk, kontinuitet i tjenestene og vektlegging av kompetanse.** Mellomlederne fremhevet også at lokale løsninger på forventet endringsarbeid – lokal god praksis – bør i langt sterkere grad løftes systematisk frem i utviklingsarbeidet i kommunene.

Erfaringene fra prosjektet viser at det er en del utfordringer med forskning på kommunale tjenester som er i stadig endring. Feltet er i kontinuerlig bevegelse. Veien fra søknad til gjennomføring av forskerprosjekter er lang og uforutsigbar. Utgangspunktet for prosjektet var endringer og ny organisering innad i kommunale tjenester som var aktuelle på søknadstidspunktet. Samtlige kommuner var i gang med prosesser for å effektivisere tjenestene, og det eksisterte et felles behov for iverksettelse av innovasjoner relatert til organisering, ledelse, rapportering, verktøy for å fremme endringsarbeid og samarbeid på tvers av etater. I løpet av prosjektperioden ble kommunenes planer endret, og nye prioriteringer, løsninger og modeller ble aktuelle. I tillegg skaper utskiftninger av personell kontinuitetsutfordringer. Forskingen må tilpasses realitetene i feltet og det er viktig for

involverte parter å avklare forventninger til prosjekter før oppstart, samt å erkjenne at den kommunale hverdagen er preget av en dynamisk utviklingstakt. Takten medfører at forskningsprosjekter bør tilpasse seg den kommunale dynamikken, og kunne endre/tilpasse seg endringer underveis i prosjekter.

Kunnskap om innovasjon i kommunale helse og omsorgstjenester har overføringsverdi, både til andre kommuner og andre fagfelt som arbeider med innovasjon og endringsprosesser i tjenestene.

Det er vår anbefaling at det bør utvikles kommunale modeller med god lokal forankring for å demonstrere best praksis på endringsprosesser, før man prioriterer nasjonale utviklings- og implementeringsprosjekter. Det bør også forskes på disse endringsprosessene, for å skape gode kunnskapsgrunnlag basert på lokal innovasjon.

# 1. Innledning

## **Innovasjonsledelse og innovasjonskultur – problemstillinger**

De kommunale omsorgstjenestene har store og komplekse oppgaver, med store driftsutgifter. En videre vekst i utgiftene til helse- og omsorgssektoren vil ikke være bærekraftig for velferdsstaten. Kommunene har ansvar for tjenestene de tilbyr, og de står fritt til å organisere sine tjenester ut ifra lokale forhold og behov. Tjenestene er i kontinuerlig utvikling. Forventninger om effektivisering og endringer fører til pålagte innovasjonsprosesser i mange kommuner. Hvordan imøtekommer ledere og mellomledere disse forventningene?

KOMII-prosjektet hadde som hovedmål å undersøke medarbeiderdrevne endringer av arbeidsprosesser basert på innovasjonsledelse og innovasjonskultur i kommunale helse – og omsorgstjenester. Innovasjonsledelse innebærer at ledere har handlingsrom og en nøkkelrolle for å fremme effektiv drift, samarbeid, tjenesteutvikling og nytenkning. Innovasjonsledelse forstås som ledelse av medarbeiderdrevne prosesser som en ikke vet hvor ender. Innovasjonskultur er en utforskende kultur hvor medarbeidere og ledere oppfordres og ansvarliggjøres til å utvikle kreative ideer og implementere dem.

På bakgrunn av dette og i dialog med Tromsø kommune, ble følgende problemstillinger/arbeidstemaer formulert ved prosjektets oppstart:

- 1) Hva er innovasjonspotensiale og hvilke barrierer møter innovasjonsarbeidet? Kan man utvikle kriterier og modeller for hvordan avdelingene bør organiseres i forhold til størrelse og støttetjenester for å fremme innovasjonsledelse?
- 2) Hvilke rapporteringsrutiner fremmer innovasjonsledelse? Har og hvordan utvikler kommunene innovasjonskultur?
- 3) På hvilken måte kan man innføre praktiske prosess- og refleksjonsverktøy som fremmer kontinuerlig innovasjonsledelse blant lederne?
- 4) Hvilke faktorer og hvordan organisering fremmer samarbeid og kunnskapsdeling på tvers av avdelinger i helse- og omsorgssektoren?

Det ble etter hvert klart at denne arbeidslisten var omfattende. Dette både sett i forhold til kommunens kapasitet til å bidra inn i prosjektets aksjonsforskningsdel og i forhold til prosjektets ressursramme. Aksjonsforskningen ble derfor nedtonet og forskningen vektla å undersøke ulike sider ved kommunal innovasjon. Det ble også tidlig klart at en typisk mål–midde-vurdering ikke kunne gjennomføres fordi målene framsto som uklare og dårlig kommunisert nedover i organisasjonen.



## Rapportstruktur

Rapportens kapittel 1 og 2 gir innledning og bakgrunn for prosjektet, kapittel 3 tematiserer innovasjon i helse- og omsorgssektoren og kapittel 4 beskriver metode og datainnsamling. Kapittel 5 presenterer funn og kapittel 6 avrunder rapporten og presenterer erfaringer fra forskningsarbeidet. Kapittel 7 tematiserer velferdsteknologi. Dette kapitlet er skrevet av forskere ved Senter for omsorgsforskning øst og Senter for omsorgsforskning nord. Velferdsteknologi utgjorde, i prosjektets begynnelse, en sentral del av prosjektet. Grunnet endringer praksis og planer ble imidlertid den planlagte velferdsteknologiinnføringen ikke gjennomført i deltakerkommunene. Dermed måtte vi ta ut delprosjektet knyttet til gjennomføring av velferdsteknologiske endringsprosesser. Forskerne som skulle undersøke bruk av velferdsteknologi valgte derfor å skrive om relevante erfaringer fra tidligere prosjekter knyttet til velferdsteknologi.

Avtalen med hovedsamarbeidspartner var at funn og underveisanalyser skulle presenteres på samarbeidsmøter- og seminarer i tillegg til vitenskapelige publikasjoner, se aktivitetsoversikt i kapittel 4.

Prosjektgruppen har vært bredt sammensatt, med arbeidsmessig tyngdepunkt på kommunesamarbeid første halvannet prosjektår. I den resterende tiden har primært forskerteamet vært i sving, dette fordi arbeidet nå gikk over i analyse- og skrivefasen.

### Styringsgruppe

Margrethe Kristiansen, Tromsø kommune (prosjektleder)

Trond Brattland, Tromsø kommune

May-Britt Ellingsen, Norut

Yngve Antonsen, Norut

I tillegg kunne andre interesserte i kommuneledelsen delta i styringsgruppemøtene

### Forskerteam

Yngve Antonsen, Norut (frem til 31.12.2017)

May-Britt Ellingsen, Norut

Geir Bye, Norut

Rita Sørly, Norut

Martin Sollund Krane, Norut (01.08.2018–01.01.2019)

Hege K. Andreassen, Senter for omsorgsforskning, NTNU

Astrid Gramstad, Senter for omsorgsforskning, UiT Norges Arktiske Universitet

Roar Skare, Organisasjonspsykologene Skare (frem til 31.12.2017)

Fra 01.04.2019 ble Norut fusjonert inn i forskningsinstituttet NORCE

## 2. Bakgrunn

*«Helse og omsorgstjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgnskategorisk virksomhet hele uka, hele året gjennom. Dette stiller høye krav til lederskap, fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. De ulike tjenesteområdene forventes å samhandle helhetlig og koordinert, og ledelsen skal legge til rette for brukermedvirkning i ulike prosesser» (Omsorg 2020).*

Bakgrunnen for KOMII prosjektet er behovet for nytenkning og nye organisatoriske løsninger innen helse- og omsorgssektoren for å møte fremtidens utfordringer. Framskrivningen av den demografiske utviklingen viser at det vil være fire personer over 66 år for hvert tiende menneske i den yrkesaktive delen av befolkningen i 2060. I Nord-Norge vil disse endringene ramme landsdelen allerede i 2040 (SSB, 2018). Dette utfordringsbildet innebærer mindre rammer og flere oppgaver i helsesektoren. En videre vekst i utgiftene til helse og omsorgstjenesten vil ikke være bærekraftig for velferdsstaten. Sektoren må løse dette ved å arbeide smartere eller å gå ned på kvalitet. Begge deler krever medarbeiderdrevne endringer av arbeidsprosesser som baseres på innovasjonsledelse og innovasjonskultur.

I søknadsprosessen for dette prosjektet, og i oppstartfasen, hadde Tromsø kommune utarbeidet et utviklingsprogram for helse- og omsorgstjenestene; *Program for utvikling av helse og omsorg 2017–2018*. Utviklingsprogrammet skulle håndtere utfordringer innad i tjenestene. Det ble gjennomført en kartlegging av utfordringer, risikovurderinger av disse og innspill til tiltak høsten 2016. KOMII-prosjektet hadde en intensjon om å følge implementeringen av *Program for utvikling av helse og omsorg 2017–2018* i kommunen. Programmet var omfattende, det bestod av en rekke delprosjekter, organiseringen var kompleks, koblinger og ansvarlinjer mellom delprosjektene var til dels uklar. Dette skapte uforutsette utfordringer i forhold til forskningen.

Prosjektbeskrivelsen for «Tilpasning ny organisering» for Tromsø kommune, har som uttalt mål at framtidig organisering av helse og omsorg bedre skal legge til rette for:

- Sammenhengende tjenestesystem/helhetlige tiltakskjeder
- Tverrfaglig samarbeid med tydelig ansvar, definerte oppgaver og avklarte roller i forhold til å ivareta helheten rundt brukeren
- Effektivitet, god styring og best mulig ressursutnyttelse
- Brukervalg og brukermedvirkning
- God utøvelse av ledelse på alle nivå og medarbeiderskap
- Fremme fokus på folkehelse, forebygging og tidlig innsats

I tillegg til Tromsø kommune, som var prosjekteier, deltok Skjervøy, Sortland og Gjøvik, de to sistnevnte kommunene deltok som observatører og for deling av erfaringer. Skjervøy, Sortland og Gjøvik kommune var i gang med prosesser for å effektivisere og utvikle nye modeller for organisering av Helse og omsorgstjenesten. Samlet har kommunene et felles behov for at det iverksettes innovasjoner relatert til organisering, ledelse, rapportering, verktøy for å fremme innovasjonsarbeid og samarbeid på tvers av etater. Sett fra forskerståsted var det interessant å høste komparative erfaringer og kunnskap om hvordan omstilling og utfordringer løses i ulike kommuner.

KOMII-prosjektet hadde som mål å være et flerkommunalt prosjekt som skulle samle inn empiri fra ulike innovasjonsprosesser i kommunene, og gjennom intervju og workshops få innsikt i lederne og mellomledernes erfaringer og perspektiver på disse prosessene.

I løpet av prosjektgjennomføringen viste det seg at det var praktisk vanskelig å utvikle den forventa erfarings- og læringsdialogen med kommunene over distanse. Koblingene til både Gjøvik og Sortland ble vanskelig da forankringen var knyttet til personer og i liten grad til strukturer noe som medførte at samarbeidet ble svært sårbart for personellmessige utskiftninger.

### 3. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten

Det er store utfordringer i helse- og omsorgssektoren i den norske velferdsstaten. En økende andel eldre i befolkningen, innføring av Samhandlingsreformen gir større press på kommunale helse- og omsorgstjenester, og det er en økt konkurranse om kvalifisert arbeidskraft i sektoren. Den generelle velferdsøkningen i Norge bidrar også til å øke forventningene til omfanget og kvaliteten på de kommunale tjenestene (Ringholm, 2013). *Omsorg 2020* understreker innovasjon som nødvendig for å styrke kommunenes endringsevner, og som bidrag til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Innovasjon kan defineres på mange ulike måter. Innenfor omsorgstjenestene skal innovasjon skape merverdi basert på virksomhetenes formål. Innovasjon behøver ikke innebære helt ny forskning eller viten, men kan også være kunnskap som tas i bruk i en ny sammenheng eller en ny måte (Jensen et al., 2008). Vi forstår innovasjon som åpne, sosiale prosesser, preget av samskaping og kunnskapsflyt. Åpen innovasjon defineres som «the use of purposive inflows and outflows of knowledge to accelerate internal innovation and expand markets for external use of innovation, respectively (Chesbrough 2006, p.1, 2010 p.1). Grensene mellom en virksomhet og dens omgivelser er mer blitt mer porøs, og nettverk, samarbeid og kommunikasjon er sentrale strategier for å tilegne seg ny kunnskap i innovasjonsprosesser (Laurson og Salter, 2014).

Dominerende innovasjonstyper i offentlig sektor i Norge har vært produkt- eller tjenesteinnovasjon, innovasjon knyttet til kommunikasjon eller informasjon, organisasjonsinnovasjon eller prosessinnovasjon (Teigen, 2013). Ifølge Teigen, Ringholm & Aarsæther (2013, s. 28) er det spesielt tre beskrivelser som kjennetegner kommunale innovasjoner i Norge:

(1) Kollektivt entreprenørskap der kommunen fungerer som en kollektiv entreprenør, forankret i lokalt demokrati, med det formål å utvikle bedre samfunnsløsninger. Det innovative elementet er i samfunnsengasjementet som ligger til grunn for lokalt demokrati, akkumulert sosial kapital eller motivasjon for å søke arbeid i kommunens ledelses- eller tjenesteapparat;

(2) Link mellom sfærer og ledelsesnivå hvor innovasjonsarbeid handler om å operere på tvers og å skaffe seg, kobling mellom ulike sfærer. Det kan dreie seg om tverrsektoriell innovasjon, styring, og forholdet mellom politikk, næringsliv og sivilsamfunn. Samfunnets struktur er sektoriell, og den representerer et kontinuum for innovasjon, ettersom informasjonen flyter over sektorgrenser;

(3) Distinktiv diffusjonsprosess der innovasjoner oppstår i en enkelt kommune, helst i skjæringspunktet mellom lokalt demokrati og sivilsamfunn. Innovasjon sprer seg først i

regionen eller i kommuner med lignende utfordringer. Deretter blir de fanget av det politiske systemet og / eller forskningsinstitusjoner, og gjennom statlige programmer og lovgivninger, eller gjennom kommunens interesseorganisasjon. De kommuniseres deretter tilbake til kommunene, tas i bruk (tilpasset lokale sammenhenger), der de enkelte kommuner anser det for nyttig. Fuglsang og Rønning (2014) understreker betydningen av å forstå offentlige innovasjoner og diskusjoner om forbedring i sin sammenheng; offentlig sektor er en demokratisk arena der motstridende meninger blant borgerne skal håndteres og løses i henhold til foreskrevne regler. Ingen enkeltintervensjon er imidlertid forventet å sikre innovasjon i helsevesenet, da samspillet mellom innovasjon og omgivelsene er kompleks og variabel (Williams, 2011).

Det mangler ikke på forslag til nye tiltak og løsninger som kan effektivisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene, men det er en utfordring å få til varig implementering av nye tiltak. Et perspektiv om innovasjoner som åpne sosiale prosesser innebærer at innovasjoner også må forstås ut fra en mobilisering og aktiv involvering av ansatte og deres kreativitet i innovasjonsprosesser. En slik involvering beskrives gjerne under fellesbetegnelsen Medarbeiderdrevet innovasjon (MDI). En prosess der nye produkter, prosesser eller tjenester er et resultat av en åpen og inkluderende innovasjonsprosess basert på en systematisk anvendelse av medarbeideres ideer, kunnskap og erfaring. Undersøkelser om innovasjon i kommuner peker i retning av at medarbeidere på ulike nivå er viktige bidragsyttere til innovasjon (Ringholm m. fl 2013), men kunnskapen er fragmentert og i liten grad kumulativ. Det er altså behov for mer systematisk kommunespesifikk kunnskap om feltet. En studie av Birken et al. (2013: 30) oppfordrer helsetjenesteforskere til å se på mellomledernes innflytelse på innovasjonsforskning, og foreslår at helsepersonell kan fremme implementeringseffektivitet ved å ansette proaktive mellomledere og skape klima der aktivitet belønnes, støttes og forventes.

I KOMII-prosjektet har vi valgt å fokusere nettopp på ledere og mellomlederes rolle i innovasjonsprosesser i kommunale helse- og omsorgstjenester.

## 4. Metode, datainnsamling og prosjektaktivitet

KOMII prosjektet baserer seg på et bredt og sammensatt datatilfang. I tillegg til intervju og dokumentstudier, inngår data fra møter, workshops og deltakerrespons på presentasjoner for kommunene av underveisfunn i datamaterialet.

### **Aksjonsforskning og følgeforskning**

Prosjektet anla et aksjonsforskningsperspektiv fra begynnelsen av. Det metodiske perspektivet ble valgt på bakgrunn av at endringsprosesser ofte skjer uten tilstrekkelig forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. I denne konteksten ville et aksjonsforskningsperspektiv kunne koble teori og empiri, og sikre et kunnskapsgrunnlag hvor forskerne inngår i feltet og spiller kunnskapen direkte tilbake til feltet. Forskerteamet planla å gjennomføre intervju og workshops. Deltakerbaserte metoder er som kjent fleksible, og medfører at prosjektets fremdrift avhenger av resultatene underveis. Prosjektet planla dialogkonferanser og samlinger med ansatte i kommunene, hvor forskerne skulle samle idéer, prosesser, prosjekter, løsninger og tiltak som skulle systematiseres og dokumenteres. Dokumentasjon innebar å samle inn og systematisere virkemidler og tiltak kommunene anvendte for å engasjere medarbeidere, virkemidler for å foreslå nye idéer, virkemidler for å sette erfaringer i system, virkemidler for å spre erfaringer i og utenfor organisasjonen.

I prosjektets andre del ble som nevnt aksjonsforskningsperspektivet nedtonet til fordel for et følgeforskningsperspektiv. I aksjonsforskning samarbeider forsker og aktører i feltet og forskeren kan ha en intervenserende rolle ved ikke bare foreslå løsninger, men også bidra i iverksettingen. I følgeforskning har forskeren en tilbaketrukket roll i den forstand at det spilles inn analyser og mulig handlingsvalg, men inngår ikke i iverksettingen. Det er opp til aktørene i feltet. For å bruke metafor fra fotballen; så er aksjonsforskeren med i spillet mens oppdragsforskeren overlater til feltet å sette ballen i spill.

Det metodiske skiftet hadde både praktisk og faglig bakgrunn. Forskerteamet ble ganske tidlig i prosjektet klar at det var svært utfordrende for deltakerkommunene å delta i tidkrevende aksjonsforskning i en hektisk arbeidshverdag. Helse- og omsorgsarbeid krever full oppmerksomhet fra arbeidstakerne og det ble svært vanskelig å finne tid til forsknings samarbeid, noe vi hadde full forståelse for.

En medvirkende faktor årsak til kan også være at man ikke har hatt en strategi i kommunene for å ta i bruk kunnskap/innspill som kom fram i prosjektet. I hvilken form skal kunnskap tilbakeføres, på hvilke arenaer, når og hvem skal være adressat for forskernes innspill? I prosjektets andre del ble hvordan en av deltakerkommune i praksis fremmer innovasjonsledelse og innovasjonskultur sentralt, og hva mellomledere og medarbeidere i utvalgte case oppfatter som suksessfaktorer i eget innovasjonsarbeid.

## **Datainnsamling**

Det har blitt gjennomført intervjuer av til sammen 32 ledere og mellomledere i helse- og omsorgstjenesten i to deltakerkommuner. Det har vært gjennomført både individuelle dybdeintervju og fokusgruppeintervju. I løpet av prosjektets første år organiserte forskerteamet workshops med innovasjonsverksteder, og i det andre året ble det gjennomført workshops med fokus på suksesskriterier for innovasjon.

På søknadsskrivingstidspunktet hadde prosjektet som mål å gjennomføre intervju og workshops i alle fire prosjektkommunene. Tidlig i prosjektgjennomføringen medførte organisatoriske omrokeringer og personellendringer at prosjektdeltakelsen i Sortland og etter hvert også Gjøvik kommuner deltok gjennom dialog og erfaringsutveksling på møter i utvida prosjektteam. Geografisk avstand og det at prosjektdeltakelsen var hovedsakelig personforankret var en medvirkende årsak til at aksjons- og følgeforskningsambisjonen måtte skrinlegges for disse to kommunene. Det ble også klart at Tromsø Kommune sitt Utviklingsprosjekt var så omfattende og komplekst at det ga et rikholdig og faglig forsvarlig datatilfang. Skjervøy kommune sin deltakelse bidro med komparative data fra en mindre kommune.

Etter en omfattende datainnsamling med både intervju og workshops med utviklingsverksteder i hhv Tromsø og Skjervøy, ble det klart at forskerteamet så behovet for å kunne utføre dybdeintervju med 1–2 enheter i en av deltakerkommunene for å avdekke hva som kjennetegner gode lokale innovasjonsprosesser. Den innledende datainnsamlingen med påfølgende utviklingsverksteder hadde gitt forskerteamet kunnskap om hva deltakerne selv etterlyste i kommunale innovasjonsprosesser, og det ble nødvendig å gå inn i materialet ved å gjennomføre dybdeintervjuer. Den neste datainnsamlingsrunden fokuserte på innovasjonsprosesser og erfaringer i det daglige arbeidet, og både ledere og medarbeidere i utvalgte caseenheter ble intervjuet.

Det var en ambisjon i utviklingen av prosjektsøknaden at implementeringen av Utviklingsprogrammet skulle være i fokus. I praksis viste dette seg å være vanskelig fordi koblingen mellom ulike tiltak og Utviklingsprogrammet var svært uklar for både mellomlederne og øvrige arbeidstakere. I samråd med prosjekteier prioriterte vi som nevnt å ha forskningsfokus på innovasjon og ledelse.

I tillegg til intervjudata, ble det samlet inn deltakende observasjonsdata fra møter og utviklingskonferanser i kommunene i tillegg til at workshopene også fungerte som datakilder.

## **Deltakerne**

Deltakerne arbeidet i ulike enheter i helse- og omsorgssektoren i to deltakerkommunene, både i hjemmetjeneste, rehabilitering, boligtjeneste, rus- og psykiatritjeneste og

omsorgstjeneste. Samtlige var ledere eller avdelingsledere, og var i sentrale posisjoner i innovasjonsprosesser i sektoren og tjenestene. Blant deltakerne var det 7 menn og 25 kvinner, de fleste med mange års erfaring i tjenestene. I prosjektets første fase var alle lederne og mellomlederne helsefagutdannet, eller sykepleiere. I prosjektets andre fase var alle deltakerne som ble intervjuet kvinnelige sykepleiere, med 4–27 års yrkeserfaring.

Noen informanter ble valgt ut av ledelsen; informantenes deltakelse måtte innpasses i forhold til arbeidsbyrde. Vi hadde ikke inntrykk av at informantene var valgt ut av strategiske hensyn. Tvert imot, vår erfaring var at vi fikk god bredde og variasjon i synspunktene. En del informanter ble valgt ut av oss på bakgrunn av deres rolle i organisasjonen.

Et viktig moment må nevnes. Vi erfarte at det ikke lot seg gjøre å sikre full anonymitet for informantene når vi gjorde datainnsamling i den lille casekommunen. Dette har å gjøre med at det var få ansatte og gjennomsiktlige forhold. Analysene av det innsamlede materialet viste at det var et uventet stort sammenfall i utfordringer, barrierer og prosesser i både den store og lille kommunen. Vi valgte derfor å presentere våre funn som var felles for begge kommunene som funn fra kommuner.

### **Kvalitative intervju**

Det ble gjennomført både individuelle og fokusgruppeintervju. Det var et mål med intervjuene å få fram ledernes kunnskap om, deltakelse i og holdninger til innovasjoner. Det var også et ønske om å få frem ledernes motivasjon, ressurstilgang og grad av samhandling internt i og på tvers av avdelinger i kommunen. Analysen av dataene viste en rekke sammenfallende tema som informantene var opptatte av.

Intervjuene av ledere og mellomledere ble gjennomført av et forskerteam. Teamet tok notater underveis i intervjuene, og skrev deretter sammendrag av intervjuene. I prosjektets andre fase ble det brukt båndopptaker ved intervjuene. Opptakene ble brukt som hjelp til gjennomgang av notatene som ble tatt under intervjuet og transkriberingen av disse. Lydfilene ble umiddelbart destruert etter gjennomgangen av notatene.

Individuelle intervju og fokusgruppeintervju ble valgt fordi vi ønsket å gi en innsikt og en forståelse av hvordan innovasjon som prosess virker fra flest mulige perspektiver hos lederne og mellomlederne i de deltakende kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etter individuelle intervju med enhetsledere og påfølgende analyse, gjennomførte vi fokusgruppeintervju som kunne ta opp tema fra de individuelle intervjuene. Vi benyttet semistrukturerte intervjuguider i begge intervjuformene, og det var viktig å kunne gi rom for refleksjoner underveis i samtalene. Alle intervjuene varte mellom 1–2,5 timer og ble foretatt på arbeidsplassene til lederne og mellomlederne. Intervjuene ble i etterkant analysert tematisk, og funn fra dataene presenteres i kapittel 5. Utover dette har Tromsø



kommune bidratt med egeninnsats i prosjektet i form av konferanser og delprosjekter i tjenesten. På denne måten har prosjektet bidratt til å øke medvirkningen blant ansatte i innovasjonsprosesser.

### **Workshop med utviklingsverksted**

Workshopene med utviklingsverksteder ble gjennomført av Organisasjonspyskologene Skare og en fra forskerteamet etter henholdsvis fem fokusgruppeintervjuer i to av deltakerkommunene. Deltakerne valgte ut et tema knyttet til innovasjon, selvvalgt eller med utgangspunkt i *Program for utvikling av helse og omsorg 2017–2018* fra en deltakerkommune der det var aktuelt. Etter å ha valgt et tema, skrev hver av deltakerne ned aktuelle tiltak på papir, knyttet til sitt tema. Etter dette ble de ulike tiltakene plassert på følgende områder: 1) Struktur, planer og forutsigbarhet, 2) Utøvelse av ledelse, lederstøtte og opplæringsbehov, 3) Prosessarbeid, involvering og mestring, og 4) Verktøy og metoder. Etter å ha plassert tiltakene fikk gruppene spørsmål om det var mulig å prioritere tiltakene; hva var viktigst? Og hva var enkelt eller raskt å innføre? Disse workshopene er inspirert av Sjoner, og hans modell for å lede endringer (Ekelund, 2013). Refleksjonene om innovasjon blant mellomlederne i workshopene hadde følgende mål: 1) ved å forstå hensikten med innovasjonen, gir man endringen mening og leder med mot, 2) ved å lage solide planer og prosesser ved en innovasjon, skaper man forutsigbarhet og får til virkelige endringer, og 3) ved å involvere egne ansatte, reduserer man usikkerhet, øker opplevelsen av kontroll og frigjør vilje til forandring (Ekelund,2013). Tilbakemeldingene på workshopene var positive blant deltakerne.

### **Workshop med fokus på suksesskriterier**

Workshopene med fokus på suksesskriterier for innovasjon ble gjennomført etter en periode med analyse av allerede innhentet datamateriale fra prosjektets første fase. Analysen av gjennomførte intervju med enhetsledere og mellomledere fra mange ulike tjenester innen helse- og omsorgssektoren, viste at det var et behov for å kunne gå i dybden på deltakernes erfaringer med innovasjon og endringer. Forskerteamet ble enige om å intervju en enkelt enhet om konkrete erfaringer med pålagte endringer som kom ovenfra. I etterkant av intervju med denne enhetens leder, og to fokusgruppeintervju med enhetens mellomledere, endret altså fokus seg i prosjektet fra innovasjonsledelse til nødvendige forutsetninger og mulige suksesskriterier for innovasjon.

### **Møter i KOMII-prosjektet**

Det er gjennomført jevnlig møter i forskerteamet, og med prosjektleder og prosjektmedarbeidere underveis i prosjektet. Fremdrift, planlegging, utfordringer og analysearbeid har vært tema på møtene. Forskerteamet har presentert fremdriften i

prosjektet både for prosjektleder, prosjektmedarbeidere, kommunal ledelse og i egne forskerfora.

Det har også vært arrangert to store prosjektsamlinger for alle inkluderte parter i prosjektet. Samlingene fungerte også som arenaer for datainnsamling og som feed-back til forskerteamet.

### **Internasjonalt seminar**

NORCE samfunn og Senter for Arktisk og Global Helse ved UiT Norges Arktiske Universitet arrangerte i april 2019 et to dagers internasjonalt seminar i prosjektet. Seminaret hadde helseinnovasjon og brukermedvirkning i et globalt perspektiv som tema. To sentrale samarbeidspartnere i KOMII-prosjektet, Professor Tony Ghaye, Loughborough University London, og Dr. Jane Pritchard, Southampton University, UK, og professor Torsten Risør, Senter for e-helseforskning, Tromsø var Key notes og deltok i paneldebatt med temaet «Hva er god helse i relasjon til innovasjon og medvirkning?». Presentasjonene omhandlet medarbeiderdrevne innovasjoner, innovasjonstretthet, ulike kvalitative metoder, medvirkning og velferdsteknologi/e-helse. En dag av seminaret var også satt av til gjennomgang, analyse og underveisevaluering av KOMII prosjektet. Også på dette seminaret ble behovet for dybdeforskning på lokale løsninger av innovasjon og endringsprosesser fremhevet av samtlige deltakere som både interessant og nødvendig for nyttig tilbakemeldinger til deltakerkommunene. Tromsø kommune deltok på hele seminaret, og i sin helhet hadde arrangementet en god oppslutning.

## Forskningsaktiviteter i prosjektet

Forskningsaktivitet	Innhold	Tidspunkt/omfang
Oppstart	Samarbeidsmøter Planlegging	Våren 2017
Datainnsamling	Dybdeintervju og fokusgruppeintervju med enhetsledere og mellomledere deltakerkommune 1	Juni–oktober 2017
Datainnsamling	Workshop, utviklingsverksted deltakerkommune 1	Juni–oktober 2017
Datainnsamling	Dybdeintervju og gruppeintervju med enhetsledere/mellomledere deltakerkommune 2	September 2017
Datainnsamling	Workshop, Utviklingsverksted deltakerkommune 2	September 2017
Datainnsamling	Følgeforskning Team- og kulturbygning – Otium bo og velferdssenter	September–november 2017
Analyse	Analyse av intervju fra deltakerkommune 1 og 2, prosjektets første fase	September–desember 2017
Prosjektsamling	Underveisevaluering Planlegging	Desember 2017
Datainnsamling	Dybdeintervju og fokusgruppeintervju med enhetsledere og mellomledere i en omsorgstjeneste deltakerkommune 1	Mars–april 2018
Prosjektmøter med deltakende forskere	Samarbeidsmøter, diskusjon, prioriteringer	Jevnlige møter
Dialogmøter med og presentasjoner prosjekteier	Tilbakemelding av funn og refleksjon	Jevnlige møter 2017 – november 2018
Oppsummering Midtveisrapport 2017-2018	Oppsummering av status i prosjektet	August 2018
Deltakelse og paper på nasjonal konferanse	Presentasjon av analyse fra datainnsamling på Den nasjonale konferansen for omsorgsforskning, Gardermoen	Oktober 2018
Presentasjon av prosjektet	Presentasjon av suksesskriterier for innovasjon i kommunale tjenester på ledersamling i Helse og omsorg, deltakerkommune 1	Oktober 2018
Datainnsamling	Dybdeintervju og gruppeintervju med enhetsleder og mellomledere, sykehjem, deltakerkommune 1	Oktober 2018

<b>Forskningsaktivitet</b>	<b>Innhold</b>	<b>Tidspunkt/omfang</b>
Datainnsamling	Workshop med fokus på suksesskriterier for innovasjon, med enhetsleder og mellomledere, sykehjem, deltakerkommune 1	Oktober 2018
Parallellsesjon på NEON-konferansen, Lillehammer	KOMII/ NORCE og Høyskolen Innlandet arrangerte parallellsesjon med arbeidsseminar (10 deltakere med presentasjoner av papers)	November 2018
Internasjonalt seminar i regi av NORCE, Dep. of Social Science, Tromsø and Center for Arctic and Global Health, UiT The Arctic University of Norway	2 dagers seminar: Health Innovation and User Participation in a Global Perspective Inviterte gjester: Prof. Tony Ghaye, Loughborough University London, UK, Dr. Jane Prichard, Southampton University, Prof. Torsten Risør, ISM	April 2019
Analyse av materiale	Analyse av intervju fra deltakerkommune 1, prosjektets andre runde	Juli 2018 – august 2019
Skriving av artikler		Juli 2018 – august 2019
Publisering	Sørly, R., Krane, M. S., Bye, G., & Ellingsen, M. B. (2019). «There Is a Lot of Community Spirit Going On.» Middle Managers' Stories of Innovation in Home Care Services. SAGE Open Nursing, 5, 2377960819844367	Mai 2019
Sluttrapport	Oppsummering aktiviteter, funn og forskning i prosjektet	Oktober 2020

## **Etikk**

Prosjektet er godkjent av NSD,<sup>1</sup> og har fulgt retningslinjene fra Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), som understreker at all forskning skal respektere deltakernes autonomi, integritet, frihet og rett til medvirkning/medbestemmelse, og at all privat/sensitiv informasjon skal tilnærmes med forsiktighet og ansvar.

Prosjektet har ikke innhentet data av sensitiv karakter, og alle lydfiler ble, som nevnt, destruert umiddelbart etter transkribering. Originale intervju er anonymiserte og inneholder ingen personkarakteristikker som kan knyttes til deltakerne. Funn fra den minste deltakerkommunen er som nevnt anonymisert gjennom å inngå i den samlede presentasjonen for begge case-kommunene.

Det er innhentet informert samtykke for alle deltakerne i prosjektet, og ingen av deltakerne trakk seg fra prosjektet.

## **Validitet**

For å sikre validitet i funnene fra prosjektet har forskerteamet analysert og diskutert funnene i samarbeid. Funn fra første fase av prosjektet (vår–desember 2017) ble diskutert med deltakerne i andre fase av prosjektet (januar–oktober 2018). Forskereteamet har oppsummert og satt sammen det som ansees som de viktigste funnene. Forskerne har kategorisert deltakernes utsagn og fortellinger, og analysert disse ut ifra innhold og tema.

Vurderingen av dataenes relevans og grunnlag for å svare på de aktuelle problemstillingene er sikret ved å ta utgangspunkt i deltakernes egne utsagn. Bruk av flere datakilder styrker også validiteten i innsamlingen av datamaterialet. I tillegg er funn i studien analysert i relasjon til innovasjons- og organisasjonslitteratur.

---

<sup>1</sup> Ref.nr 5485/3/BGH

## 5. Hovedfunn

I det følgende presenterer vi funn fra prosjektet. Vi har valgt å dele dette kapitlet i to, hvor første del omhandler første prosjektperiode. Andre prosjektperiode, med deltakere fra to enheter i en kommune, beskrives før en oppsummering av funnene i sin helhet tilbyr implikasjoner for forskning på kommunale innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene.

### **Første prosjektperiode 2017**

En kvalitativ tematisk analyse av materialet fra Tromsø kommune ble gjennomført i november/desember 2017.<sup>2</sup> Hele datamaterialet besto av individuelle intervju og fokusgruppeintervju med 26 ledere og mellomledere, samt fem workshops. Alle deltakerne var opptatte av å levere gode tjenester, og presenterte seg som engasjerte og kompetente ledere. Samtlige forsto forslag til endringer i tjenestene som politisk forankret, og anså nye tiltak som riktig. Det var en enighet om behovet for innovasjon og endring i tjenestene. Samtlige presiserte behovet for en helhetskultur. Etter workshopene ga samtlige deltakere uttrykk for at refleksjoner rundt innovasjon, utført i en slik form, var svært nyttig for å øke bevisstheten rundt egen deltakelse og ansvar ved innovasjonsprosesser.

I det følgende presenteres utfordringer i innovasjonsprosesser, som uttrykt av deltakerne i intervjuene og på workshops. Vi har oppsummert disse utfordringene i ulike tematiske enheter.

### **Kompleksitet**

Utviklingsprogrammet i Tromsø kommune, arbeidspakkene og tiltakene i disse oppfattes som relevante og nyttige. Samtidig oppfattes kompleksiteten i prosjektet som stor ved at utviklingsprogrammet er omfattende og ved at ansatte i varierende grad opplever at avdelingen deres er berørt av denne. I den andre, mye mindre kommunen rår det også en viss uklarhet nedover i organisasjonen om styringssignaler og utviklingsprosesser.

### **Avdelingsledere – en nøkkelrolle i implementering**

Avdelingslederne har en nøkkelrolle i å legge til rette for og å drive fram utviklingsprosesser, uavhengig om det er i en stor eller liten kommune. Blant avdelingslederne i Tromsø kommune synes det å være en viss skepsis til implementeringen av Utviklingsprogrammet.

---

<sup>2</sup> Som informert om i det forgående, kunne ikke datamaterialet fra deltakerkommune 2 presenteres separat, men inngikk i det totale materialet. Dette fordi forholdene i kommunen var såpass små, at det ikke er mulig å presentere funn uten at man risikerer gjenkjennelse av deltakerne.

Det er disse som har ansvar for den praktiske implementeringen av utviklingsprosesser, som er i dialog med og skal spre informasjon til ansatte om innhold og konsekvenser utviklingsprogrammet. Samtidig kan avdelingsledere savne støtte fra enhetsledere i selve implementeringsarbeidet, og ikke alle opplever at de har den nødvendige kompetansen og støtten som trengs for å drive fram denne typen prosesser.

Ansvar for å iverksette og gjennomføre utviklingsprogrammet oppfattes også som fragmenter, noe som fører til usikkerhet om hvem som har ansvar for å implementere hva – programmets ulike deler. Usikkerhet om iverksetteransvar ikke er noe vi finner bare i den største casekommunen, men synes å være et generelt trekk ved implementering av utviklingsprosesser.

### **Ujevn kunnskap og fragmentarisk informasjonsflyt**

Det er et gjennomgående trekk i datamaterialet at det har vært svak, til dels tilfeldig og fragmentarisk informasjonsflyt. Utviklingsprogrammet er stort og komplekst. Organisatorisk posisjon og nettverk viktig for informasjonsflyten, og ujevn kjennskap og informasjonsflyt synes å tilta med økende avstand til ledelsen. Kunnskapen om bakgrunnen for og innholdet i Utviklingsprogrammet er god i lederteam, men avtar eller varierer sterkt nedover i organisasjonen. Dette skyldes manglende strategier for informasjonsspredning, at man mangler ressurser og at informasjonsspredning er avhengig av enkeltpersoner. Dermed filtreres informasjon nedover og utover i organisasjonen gjennom flere ledd og endringsbudskapet blir uklart. Dette leder til variabelt prosess- og utviklingseierskap blant ansatte, samt manglende forankring av endringsbudskap i utviklingsprogram for helse og omsorg. Formidling av informasjon knyttet til nye initiativ skjer ofte på store arenaer. Det gir lite rom for dialog, drøfting og spørsmål. Avdelingsledere opplever også at det blir gitt ulik informasjon på ulike arenaer og at det er svake koblinger mellom det som presenteres, det som skal gjøres og Utviklingsprogrammet som retningsgiver.

Denne uklarheten nedover i organisasjonen om hva som skal gjøres, om retning og svak kobling til vedtatte programmer og prosjekter er en utfordring i begge casekommunene. Uklarheten indikerer svak forankring og dårlig strukturering av utviklingsprosesser i tillegg til at de synes å være person- og nettverksavhengig.

### **Utviklingsarbeid i kommunen – stykkevis og delt**

I den store case-kommunen er et kjennetegn ved utviklingsarbeidet at det hele tiden bringes inn nye ideer og problemområder gjennom brainstorming, idémyldring, store samlinger eller pilotprosjekter. Dette bidrar til at man nedover i organisasjonen har opplevelse at man hele tiden har «mange ulike baller i luften» som en informant sa. Dette foregår uten at det er en klar strategi når det gjelder hvordan og når tiltakene skal konkretiseres og hvem som har ansvaret for dette. Implementeringen av utviklingsprogrammet er utfordrende fordi det også krever en sterk koordinering av ressurser, blant annet er det avhengig av stabs- og støttefunksjoner, og avdelingsledere kan oppleve å få delegert oppgaver uten å få tildelt økonomiske rammer for gjennomføring.

## **Kontinuerlig omorganisering og turnover**

Det er utfordrende å holde fokus og kontinuitet i utviklingsarbeidet i kommunene når omstilling og omorganisering er kontinuerlige prosesser. Dette oppleves som om utviklingsprosjekter og prosesser kommer i en uendelig strøm. Nye prosjekter iverksettes uten at det skjer noen evaluering eller systematisk erfaringsgjennomgang. Dette fremmer repetisjon fremfor innovasjon.

Kontinuitetsutfordringene forsterkes av turnover. Både enhetsledere og avdelingsledere skiftes ut, og det viser seg at man ikke klarer ikke å videreføre utviklingsarbeid eller erfaringer fra dette når nye ledere begynner. Erfaringene fra tidligere prosjekter synes i beskjeden grad å ha blitt lagret i organisasjonen; erfaringer og prosesser er knyttet til personer og ikke strukturer.

## **Tvetydige mål og uklare styringsdokumenter**

Overordnede planer konkurrerer om oppmerksomheten til ansatte. Det kan synes som om det rår en viss uklarhet ute i organisasjonene om hva som er styrende dokumenter i sektoren. På den annen side er det kanskje ikke så viktig å vite hvilket program som styrer hva. Det er innholdet i styringssignaler, mål, handlingsplaner og rapportering som skal legge føringer og som må være kjent i organisasjonen og for å få til endringer må man kople praksis til verdier og kultur. I Tromsø kommune har man for eksempel summert opp verdigrunnlaget i ordet *RÅMAT*. Det står for *Respekt, Åpenhet, Mot, Anerkjennelse, Tillit*, men det viser seg å være utfordrende å kople verdigrunnlaget RÅMAT til praktisk handling i det daglige. Det er varierende kjennskap til hva disse verdiene står for og hva de skal innebære i praksis for den enkelte. Verdigrunnlaget er i varierende grad tematisert og diskutert sammen med ansatte og man har dermed ikke oppnådd bred forståelse og forankring av verdigrunnlaget.

## **Lav sikring av progresjon ved implementering av tiltak**

Det etterspørres i liten grad om og hva man har oppnådd når man har iverksatt nye tiltak i organisasjonen. Overordnede mål om budsjettbalanse, sykefravær og «bedre tjenester» er greit, men avdelingsledere savner måleparametere på hva man skal oppnå og en konkretisering av hva som skal rapporteres. Dette gjør det igjen vanskelig både for enhetsledere og avdelingsleder å måle progresjon i tiltak. Dette gjør også at initiativ kan renne ut i sanden.

## **Uklare forventninger til lederrollen**

Avdelingsledere er klar over at de får en ny lederrolle, men de opplever at det uklare forventninger til hvordan rollen skal utøves. Tromsø kommune gjennomfører opplæring av ledere i egen regi, en fire dagers lederskole. Den er viktig, men opplæringen gir, ifølge informantene, lite kunnskap om hva det kan innebære å være ledere i framtiden. Man mangler et tilbud som sier noe om hva endringer innebærer i praksis for lederne. I tillegg er det liten eller ingen lederoppfølging i lederopplæringen. En rekke enheter mangler også



funksjonsbeskrivelser for enhetsleder, nestleder og avdelingsledere. Dette bidrar til at det også er uklart om hvordan drive utviklingsarbeid. Summen av uklare forventninger til avdelingsledere, lav etterspørsel av resultater på utviklingsarbeid og et uttrykt behov for lederstøtte på mellomledernivå indikerer et behov for endringsledelse og skoling i dette.

### **Bruk av eksterne oppskrifter og eksempler utenfra**

Vi finner også at det er lite «gjenbruk» av egne organisatoriske erfaringer. Det er som pekt på ovenfor ikke systematisk oppsamling og evaluering av prosjekt- eller utviklingserfaringer. Man har ikke hverken kultur eller strukturer for læring av erfaringer eller for utvikling av «god praksis» eller deling av denne internt i organisasjonen. Ett eksempel i Tromsø kommune, er implementeringen av Tjenstedesign. Ifølge informantene på avdelingsledernivå så fremstår initiativ, tenkningen omkring og implementeringen av dette konseptet som en fremmed og ekstern oppskrift på rett organisering. En oppskrift som er forsøkt implementert gjennom en top-down prosess uten medvirkning og forankring lenger ned i organisasjonen. I formidlingen av Tjenstedesign på samlinger trekkes det fram eksempler utenfra kommunen fremfor å trekke veksler på egne erfaringer. Egne suksesshistorier som viser at man har lyktes med utformingen av tjenester gjennom bottom-up prosesser benyttes i liten grad. Det er et potensial for mer systematisk bruk av egne erfaringer.

### **«Verdens beste brannstasjon»**

Ansatte i førstelinjetjeneste og mellomledere beskriver seg selv som «verdensmestere i brannslukking». På den ene siden gjør dette at man tilfredsstiller krav og behov fra bruker her og nå, men samtidig må man slippe tak i oppgaver som har med mer systematisk og langsiktig utvikling å gjøre. Stadige 'utrykninger' bidrar til at utviklingsarbeid skyves ut i tid og må nedprioriteres. Nedprioriteringen forsterkes av at mange av mellomlederne opplever at de har utilstrekkelig kompetanse i å drive endringsledelse og at de mangler tilstrekkelig støtte til å utøve lederfunksjoner. Dette funnet støttes også av Kristiansen (2016).

### **Ulike budskap og motstridende styringsideologier**

Vi har tidligere pekt på uklare mål og styringssignaler. Det er flere eksempler der overordnede planer og initiativ i kommunen representerer ulike budskap eller står for ulike styringsideologier. Finansieringsmodeller der tildelte ressurser baseres på vedtak er et uttrykk for New Public Management (NPM). Dette kontrasteres mot avdelingslederens behov for å fordele ressurser på tvers av eller innad i avdelinger på en mer fleksibel måte. I Tromsø kommune kan for eksempel innføringen av Tjenstedesign vurderes som et uttrykk for NPM, og oppfattes av ansatte som en top-down implementert oppskrift.

Tjenstedesign er for eksempel til dels på kollisjonskurs med prosjektet '*Team og kulturutvikling*' i prosjektplanen for innflytting i Otium Bo- og velferdssenter, hvor behovet er større for en involverende kultur for kontinuerlig dialog og deling av kompetanse fremfor en ferdigdesignet prosess. Parallelt introduseres det en tillitsreform i kommunen som er avhengig av initiativ, skjønn og handlingsrom fra den enkelte. Innføringen av ressursbaser

oppfattes å stå i motstrid til prinsipper om nærledelse. Økt måling – samt dokumentasjon – av redusert ATA-tid (ansikt-til-ansikt-tid) oppfattes å gå på tvers av verdigrunnet i kommunen (Respekt, Åpenhet, Mot, Anerkjennelse og Tillit). Innføring av ressursbaser oppfattes å være uforenelig med nærledelse. Dette spennet i 'styringsideologier' er synlig/merkbart for avdelingsledere som mottar ulike styringssignaler og må foreta avveininger mellom disse.

## Oppsummering

Vårt datamateriale indikerte følgende hovedutfordringer knyttet til implementering av utviklings- og innovasjonsarbeid:

*Fragmentering:* uklare ansvarlinjer og roller, svak forankring og usystematisk kommunikasjon

*Svak læring:* ingen systematisk erfaringsoppsamling, refleksjon eller deling, ikke bruk av «god praksis» fra egen organisasjon

Intervjuene og workshopene viste at det er utfordringer med implementering av utviklingsprosesser i praksis. Når endringer skal implementeres i organisasjonen, skjer det ofte en fragmentering av ansvar. Mange ledd kan føre til at informasjonsflyten ikke går som den skal, og resultatet blir ofte uklare budskap. Dette finner i begge casekommunene.

Nivåene i organisasjonen snakker ofte forbi hverandre og mangler felles oppfatning av både mål og muligheter. *Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018 i Tromsø kommune* (Utviklingsprogrammet) ble trukket frem som et eksempel på et komplisert budskap som er vanskelig å implementere. Informasjonen om dette programmet var ikke systematisk gjennomgått på de ulike seksjonene, og medførte at mange avdelingsledere avventet i forhold til implementering. Organisasjonsstrukturen var ikke på plass. Et annet interessant funn er at implementering av endringer utøves i praksis hovedsakelig «topptungt». Ledelsen kjenner godt til eksempelvis *Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018*.

Et viktig spørsmål er hvorvidt de enkelte avdelingslederne i helse - og omsorgstjenestene har behov for en inngående kunnskap om innovasjons- og utviklingsprogrammer på styringsnivå, eller om det de trenger mer kunnskap og verktøy rettet mot praktiske innføringer av endringer på sine nivå i tjenestene og tydeligere budskap om målene?

Intervjumaterialet og utviklingsverkstedene viser også at ansatte hadde konkrete forslag til forbedringer av tjenesten. Disse er knyttet til struktur, utøvelse av ledelse, opplæringsbehov, bruk av verktøy og metoder samt prosessarbeid – det vil si hvordan rigge prosesser og involvere ansatte. De ansatte ønsker med andre ord å bidra til utviklingen av tjenesten ut fra sitt ståsted og med sin kompetanse. Det finnes enkelt eksempler på at avdelingsleder etterspør innspill fra ansatte – men dette skjer i mindre omfang. Man har så langt ikke hatt en kanal/arena hverken for systematisering av ansattes kunnskap og erfaring, for deling av dette i organisasjonen, for utvikling av eksempler på «god praksis» eller metoder for å tenke prioriteringer og forbedringer i tjenesten. Aksjonsforskningens

utviklingsverksted som metode møtte dermed et behov hos ansatte og synliggjør også et stort utviklingspotensial hos egne ansatte som kommunen kan benytte seg av. Nytenkning er vanskelig å få til dersom det ikke er kultur eller struktur for å samle inn, diskutere og systematisere forslag.

Utfordringene dreier seg om å legge til rette for og stimulere til innovasjon og endring og få dette til å nå ut til alle nivå i tjenestene, og å kunne omdanne eksterne oppskrifter på endring til eget og systematisk bruk i en lokal kontekst.

### **Andre prosjektperiode 2018–2019**

I andre fase av prosjektet gjennomgikk forskerteamet funnene fra analysen i prosjektets første del, og diskuterte disse med hele prosjektgruppa i desember 2017. Det var en enighet blant forskerne og prosjektgruppa om at funnene så langt pekte i en retning hvor man burde se nærmere på medarbeiderdrevne innovasjoner, og hvordan ledere og mellomledere forankret innovasjonsprosesser på sine lokale enheter.

I den følgende delen av rapporten legger vi fram funn fra et utvalg av intervjuene fra en omsorgstjeneste; ett individuelt intervju og to fokusgruppeintervju, med til sammen syv mellomledere i en omsorgstjeneste. Det var tre deltakere på begge fokusgruppeintervjuene. Denne enheten var den eneste i den ene deltakerkommunen som klarte å holde seg innenfor rammene av et stramt budsjett, og ble fremhevet som særlig innovasjonsvennlige i området. Omsorgstjenesten hadde også lavt sykefravær og lite overtid blant de ansatte. Enheten brukte heller ikke mange vikarer fra privat sektoren. Denne enheten kan etter vår vurdering brukes som et eksempel på lokalt utviklet «god praksis». Hva var det som bidro til at denne enheten klarte å få til noe andre enheter ikke fikk til?

Momenter som ble identifisert i intervjuene var:

- **tillitsbasert ledelse**
- **anerkjennelse av kompetanse**
- **lokale løsninger**
- **nærledelse**
- **fleksibilitet**
- **kontinuitet**

Disse momentene framkom som nødvendige forutsetninger for innovasjoner i tjenesten. Tillitsbasert ledelse var en forutsetning for å drive endringsarbeid. Organisatoriske endringsprosesser innebærer risiko (Ellingsen 2014). De ansatte må gjøre ting på nye måter, kanskje innta nye arbeidsroller, samarbeide med andre kollegaer eller samarbeide på nye måter. Innovasjon innebærer å gjøre noe nytt og det øker risikoen for å gjøre feil, oppgaver kan ta lengre tid fordi nye rutiner må innarbeides og man kan oppleve at effektiviteten blir lavere. Tillit og trygget i arbeidssituasjonen er nødvendig for å bygge bro over den risikoen nyskaping innebærer. Anerkjennelse av kompetanse er en av byggesteinene i tillit. Gjennom

å anerkjenne kompetanse viser ledelsen at man har tro på at den ansatte kan både mestre det nye og har ressurser til å kunne gjøre ting på nye måter.

Nærledelse, kontinuitet, utvikling av lokale løsninger og fleksibilitet er elementer som henger sammen. Nærledelse innebærer å kjenne kompetansen til de ansatte og ha tillit, dette utvikles gjennom samhandling over tid. Og når man er tett på, kjenner kompetansen og har tillit så er det rom for å være fleksibel og drive fram utvikling av veltilpassede lokale løsninger. Nærhet, anerkjennelse og tillit er gode sirkler som bygges sammen og som gir rom for utvikling og vekst.

Basert på resultatene fra analysen, ser vi at endringer innen kommunale helse- og omsorgstjenester er relatert til viktige verdier og normer i den lokale konteksten. Endringer som ikke hensyntar lokale verdier og normer vil ha negativ innvirkning på endringsarbeid i tjenestene.

For mellomlederne er innovasjonen knyttet til handlingsvilje på arbeidsplassen; endringer innføres som *lokale tiltak*, initiert av mellomlederne selv. De lokale innovasjonene er nye for organisasjonen, de oppleves som store og generelle nok og holdbare nok til å påvirke denne omsorgstjenestens handlingsmønster.

Et annet sentralt element er at lokalt forankrede endringer bekrefter stedets institusjonelle fortelling. Innovasjonene må passe inn stedets fortelling om seg selv, de må tilpasses stedets holdninger, verdier, kultur og normer. Innovasjoner må ikke være «for forskjellig» fram hvem de ansatte definerer seg som; i omsorgstjenestene er fortellingene, naturlig nok, nært knyttet opp til omsorg og det beste for pasienten.

Dersom medarbeiderdrevne innovasjoner skal lykkes, må man kjenne til lokale verdier og lokal kultur som ligger til grunn i de kommunale tjenestene og enhetene. Det kan være utgangspunkt for samarbeidsdrevne prosesser hvor medvirkning har en særlig prioritet. På den måten tar man utgangspunkt i de enkelte tjenestenes selvforståelse. Eventuelle endringer initieres ut ifra mellomledernes praksis, og det som Linde (2009) definerer som institusjonenes identitet. Ser vi tilbake på Teigen, Ringholm og Aarsæther (2013) sine karaktertrekk på kommunale innovasjoner, ser vi at det er nødvendig med grundig lokalkunnskap om de enkelte tjenestene og deres institusjonelle fortellinger for å få til bærekraftige innovasjoner i norske kommuner. I tråd med funnene til Birken et al (2013), finner også vi at mellomledere spiller en helt sentral rolle ved kommunale innovasjoner. Deres fortellinger om praksis og arbeidsplassen utgjør stedets kontinuitet, og endringer må kunne innlemmes i et pågående narrativ.

Spenninger relatert til kommunale innovasjoner er ikke alltid synlige i samfunnet, og bør identifiseres. De utfordrer eller bekrefter fortellinger om kommunal innovasjon på ulike nivå. Kommunal innovasjon er en pågående sosial prosess for beslutningstakere, tjenesteutøvere og tjenestemottakere. De ulike perspektivene fra de forskjellige nivåene former forventninger om innovasjon. Ved denne dybdestudien håper vi at vi har fått frem mulighetene som ligger i de lokale tilnærmingene til innovasjon, og at disse er overførbare til praksis, ikke bare innenfor helse- og omsorgstjenestene. Mellomlederne presenterte

deres erfaringer, utfordringer og hva de anså som forutsetninger for at en innovasjon skal kunne lykkes innenfor en tjeneste. Dette gir oss en pekepinn på at vi bør være opptatt av de lokale løsningene på forventede endringer i tjenestene. Endringene utfolder seg i et *her og nå* i arbeidshverdagen til helse- og omsorgstjenestene. Bekreftelse av lokale uttrykk for innovasjon kan skape større smidighet og kontinuitet når man vurderer nødvendige endringer i en allerede presset tjeneste.

## 6. Avrundning: Å forske på kommunale helse- og omsorgstjenester

KOMII-prosjektet synliggjorde en del utfordringer knyttet til det å forske på tjenester som skal leveres hele døgnet og hele uka, 24/7. Dette handler både om praktiske utfordringer i feltet og forskningsmessige utfordringer. Vi skal i det følgende trekke fram noen av de viktigste erfaringene vi gjorde. De kan knyttes til følgende overordnede stikkord:

- Forholdet drift–utvikling
- Endringsdynamikk
- Anonymisering

Å få til en god balanse mellom drift og utvikling er krevende for de aller fleste organisasjoner, men er ekstra krevende i helse- og omsorgssektoren. De ansatte er i sving 24/7 og svikt i tjenesteleveransen kan ha alvorlige konsekvenser og forårsake store lidelser. Dette betyr at i den daglige praksis må hensynet til pasienter og arbeidsflyt ha prioritet foran utviklingsarbeid og forskersamarbeid.

Forskningsprosjektet var utviklet i samarbeid mellom forskerne og ledere på helse- og omsorg. Ideen var å bruke aksjonsforskning som utviklingsverktøy i et forsøk på å stimulere kommunens utviklingsarbeid. Selv om man fra kommunenes side gjorde hva man kunne for å gi prioritet til forskning og utviklingsarbeid, så måtte de praktiske realitetene selvsagt gis forrang. Datainnsamling, utviklingsverksteder, orienteringsmøter og dialogforum kan ikke gis prioritet. I en situasjon hvor tid og ressurser er knappe, vil man måtte prioritere drift foran utvikling. Dette gjelder uavhengig om det er forsknings- eller konsulentdrevet utviklingsarbeid. Og nettopp dette dilemmaet mellom utvikling og drift er en av barrierene mot å drive innovasjonsprosesser i organisasjoner som må levere 24/7 og som opplever ressursknapphet – enten det er lite tid, svak kompetanse, dårlig kontinuitet eller for få hender.

Vår anbefaling vil være at utviklings- og innovasjonsprosesser må være tydelig adressert, de må være godt strukturert og tilpasses den lokale avdelingskulturen. Det må være et realistisk ambisjonsnivå, prosessene må initieres og organiseres lokalt og nært og oppleves som driftsrelevant. Det må også settes av utviklingsressurser og gis lederstøtte der det er behov. Utvikling av heltidskultur, satsing på kompetanse og lavere turnover vil være en spore til innovasjonsarbeid.

Det vi kaller endringsdynamikk er det andre elementet vi vil trekke frem. Endringsdynamikk representerer en utfordring generelt for samarbeidsprosjekter mellom forskning og kommuner eller andre operative organisasjoner. Endringsdynamikk er en samlebetegnelse for ulike prosesser som skjer utenfor selve prosjektets rammer. Man kan forenklet si at det

handler om at virkeligheten endrer seg i raskt tempo og det som er har planlagt og ført i penna kan, av ulike grunner, miste aktualitet. Forskningsprosjektet ble utviklet over ett år før det startet opp og designet ut ifra det som daværende deltakere oppfattet som relevante forskningsbehov. Allerede ved prosjektstart viste det seg at det planlagte prosjektet måtte skifte fokus og det ble tidlig klart at det var lite rom for aksjonsforskning. Personellutskiftninger, både i kommunen og i forskerteamet påvirket også prosjektets innretning sett i forhold til opprinnelig plan. Disse endringene betyr ikke at prosjektet blir mislykket. Tvert imot, det betyr at det må være fleksibilitet i prosjektledelse og team, at forskningen må tilpasses den virkeligheten man står i og at det må være åpenhet for å justere fokus og problemstillinger. I tillegg til å ha en fleksibel tilnærming, kan det være en fordel å ha et forskningsteam med bred kompetanse når en skal drive praksisnær og samarbeidsorientert forskning. Det gir større rom for faglig fleksibilitet og mulighet for å bringe inn nye faglige innfallsvinkler.

En annen erfaring vi gjorde var at det er svært krevende å drive desentralisert forskning. Det viste seg å være vanskelig å koble på og ha tett dialog med kommuner som var lokalisert langt fra Tromsø. Dette kan ha mange årsaker, men svak lokal forankring av prosjektet i samarbeidskommunene gjorde at samarbeidet ble svært sårbart for personellmessige endringer.

Det siste momentet vi vil peke på er forholdet til anonymisering. Det er viktig når en forsker tett på organisatoriske prosesser at informantene sikres anonymitet slik at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes i data fra organisasjonen. Vi erfarte at dette var såpass krevende i den lille case-kommunen at vi valgte å ikke presentere funn derifra, men presentere funn samlet fra begge casene. Dette kan forsvares faglig da det viste seg, som nevnt, å være stort sammenfall i utfordringer uavhengig av kommunestørrelse. Funnene kan knyttes til at strukturelle rammebetingelser slik som sektor, organisering, lovverk og 24/7 tjenesteproduksjon skaper utfordringer som ikke er så størrelsesavhengig som vi i utgangspunktet forventet.

For å sikre anonymitet ved forskning i små kommuner bør det være flere case-kommuner slik at funn blir vanskelig å indentifisere på aktørnivå, eller at funn presenteres samlet slik vi valgte å gjøre.

### **Avgrensning**

Prosjektet har et begrenset kvalitativt materiale, og er derfor ikke egnet som grunnlag for tallmessig generalisering. Prosjektet avdekker kvalitative funn om hva som kan være utfordrende for å drive utvikling og innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester og hva som er nødvendige forutsetninger for mellomledere i et endringsarbeid. Mer kunnskap om og innsikt i innovasjonsprosesser er nødvendig. Det anbefales mer forskning på lokale løsninger og innovasjon, og på hvordan man kan overføre lokal kunnskap og kompetanse innad i kommuner. Dersom kunnskap om innovasjon og endringsprosesser kommer

«innenfra» mener vi det vil skape grobunn for større eierforhold av endringene, økt grad av medvirkning og virke stimulerende på innovasjon blant de ansatte i tjenestene. Det bør forskes mer på lokale løsninger i innovasjonsprosesser innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester.



## 7. Å ta i bruk velferdsteknologi – utfordringer og muligheter

v/ A. Gramstad og H.K. Andreassen<sup>3</sup>

Dette kapittelet tar utgangspunkt i et KOMII-prosjektet. Grunnet endringer i praksis, ble ikke den planlagte velferdsteknologiinnføringen gjennomført, og vi fikk dermed ikke anledning til å studere implementeringsprosessene. Vi har derfor valgt å skrive et kapittel som bygger på erfaringer fra tidligere prosjekt.

### Hva er velferdsteknologi

Hagen-utvalgets forståelse av velferdsteknologi er den mest kjente og oftest siterte når velferdsteknologi skal avklares. Her defineres velferdsteknologi som «først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon»

Hagen-utvalget deler velferdsteknologi i fire overlappende kategorier:

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi
2. Kompensasjons- og velværeteknologi
3. Teknologi for sosial kontakt
4. Teknologi for behandling og pleie

Velferdsteknologibegrepet ble for alvor tatt i bruk i norsk helsepolitikk etter Hagen-utvalgets utredning «Innovasjon i omsorg», der velferdsteknologi ble foreslått som en av flere løsninger på framtidens omsorgsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er særlig kommunesektoren som må rustes for å møte omsorgsutfordringene. Samhandlingsreformen legger vekt på tidlig intervensjon for å unngå, utsette eller redusere sykdom, og med ny folkehelselov er kommunenes ansvar for å arbeide med nettopp dette nedfelt i lov. Det er et formål at den enkelte skal være mest mulig selvhjelpen i daglige gjøremål og helse- og omsorgstjenestene som gis skal innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål dersom det er hensiktsmessig (Helse- og omsorgstjenesteloven, sist endret 2015). Utredningen formulerte et mål om at alle kommuner skulle ta i bruk velferdsteknologi som en del av sine tjenester, innen 2020. For å få til dette, ble Nasjonalt velferdsteknologiprogram initiert. Velferdsteknologiprogrammet er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, og skulle bidra til at flere kommuner tok i bruk velferdsteknologi. En av oppgavene i programmet var å samle og systematisere

---

<sup>3</sup> Astrid Gramstad, SOF UiT Norges Arktiske Universitet og Hege K Andreassen, SOF NTNU

erfaringene til kommunene som tar i bruk teknologi, og programmet har hittil publisert to «gevinstrealiserings»-rapporter som dokumenterer de positive effektene ved å ta i bruk teknologi, og gir med dette tydelige anbefalinger til kommunene og hvilke teknologier de bør satse på, og hvilke gevinster de kan vente seg.

For å muliggjøre implementering av teknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, er det likevel ikke nok å motivere politiske beslutningsprosesser. Hagen-utvalget pekte også på at organisering, kompetanse og motivasjon i tjenestene kunne være mulige årsaksforklaringer til at ny og nyttig teknologi ikke ble tatt i bruk. Dermed ble det også utviklet kompetansehevingsprogram rettet mot personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Velferdsteknologiens ABC kan her nevnes som et eksempel. Dette opplæringsprogrammet er en tverrfaglig opplæringspakke for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, utviklet av KS i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge, finansiert av Helsedirektoratet. Målet for opplæringen er å gi en forståelse for hvilke utfordringer vi står overfor, hvorfor endringer bør skje, og hvilke roller ansatte har i de ulike fasene av endringsprosessene.

Begrepet velferdsteknologi defineres dermed både vidt og ullent, fordi det blander sammen mange typer teknologier fra mange ulike kategorier, som for eksempel tekniske hjelpemidler, e-helseløsninger, velværeprодукter og app-løsninger. Så hva snakker vi oftest om når vi snakker om velferdsteknologier? Det gjøres ingen klare skiller, men i Hjelpemiddelutvalgets rapport fra 2017 legges det vekt på at velferdsteknologi skal gi mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester, ved at det kan inngå i helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til, eller som erstatning for personbasert omsorg (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Velferdsteknologier handler om måter kommunene velger å organisere og levere sine tjenester på. Altså teknologi som understøtter pleie og omsorg, som eksempelvis trykkløst trykksalarmer, elektroniske medisindispensere eller tilrettelegginger ved elektroniske kjørelister.

En annen kategori av «velferdsteknologi» er tekniske hjelpemidler. Dette er en rettighet som brukere har, på grunnlag av sine behov grunnet sykdom, skade eller lyte. Tekniske hjelpemidler lånes ut til personer som får vedtak på at hjelpemiddelet er nødvendig og hensiktsmessig for å mestre daglige aktiviteter, øke selvstendighet eller for å lette pleie. Selv om retten til tekniske hjelpemidler og tilretteleggingsløsninger forvaltes statlig gjennom hjelpemiddelsentralene, har kommunene ansvar for alle delene av formidlingsprosessen, og for å sikre at brukere får tilgang til hjelpemidler.

Oppsummert gir det liten mening å bruke velferdsteknologibegrepet uten å konkretisere hvilken type teknologi det er snakk om. I denne sammenhengen vil vi knytte an til to områder av teknologi i resten av kapittelet; tekniske hjelpemidler og digitale løsninger/ samarbeidsløsninger/ samhandlingsløsninger.

## **Type utfordringer man må forvente å møte i arbeidet med å innføre velferdsteknologi:**

Innføring av velferdsteknologi kan regnes som såkalte «komplekse intervensjoner»; det vil si endringer som består av både sosiale, teknologiske og organisatoriske komponenter (May et al., 2007). Denne typen innovasjoner stiller spesielle krav til evaluering fordi de ulike komponentene ikke bare skal studeres hver for seg, men også i relasjon til hverandre, noe som ofte er utfordrende. Med nye teknologi kommer også nye rutiner både for den enkelte og for grupper av ansatte, og nye relasjoner og avhengighetsforhold kan oppstå.

Slike komplekse endringer og innovasjonsprosesser er utfordrende fordi de i stor grad blir til mens man går. Det er et stort antall faktorer som avhenger av lokale forhold og dessuten av hverandre, slik at forsinkelser og hindringer kan forplante seg i prosessen.

Ved innføring av velferdsteknologi er det vanlig å oppleve motstand mot endring både på individ og organisasjonsnivå. Det er viktig å ta begge deler på alvor.

På individnivå handler motstand mot nye teknologier ofte om motstand mot nye arbeidsoppgaver og endring av profesjonsidentitet, for eksempel vil noen sykepleiere vegre seg fra å gå fra å være en som bruker «varme hender» til en som bruker «kald teknologi» (Hjertstrøm, 2015).

Men også i organisasjoner der de ansatte er tydelig positive ser man at velferdsteknologiprojekter vanskelig lar seg oversette fra prosjektfase til daglig drift. Dette henger ofte sammen med manglende tilrettelegging på strukturplan, for eksempel mangel på rapporteringsrutiner – og dermed for honorering av aktiviteten og mangel på finansiering ut over innføringsprosjektet (Andreassen et al., 2015).

## **Praktiske tips og verktøy for implementeringsprosessen**

Innovasjonsprosesser og innføring av komplekse intervensjoner lar seg ikke planlegge i detalj på forhånd, men er prosesser som krever sensitivitet til lokale forhold og forholdene rundt den enkelte teknologi eller innovasjon. Der finnes redskaper for å guide ledere og ansatte gjennom slike prosesser. Nedenfor gir vi noen eksempler.

### **Normaliseringsprosess teori**

Forskere i Storbritannia har utviklet en modell som peker på hvilke elementer som må være tilstede for vellykket normalisering av komplekse organisatoriske intervensjoner i helse: Normaliseringsprosess teori (May, 2013). Med normalisering menes er varig endring i daglig drift, og modellen peker på elementer som må jobbes med for at en organisasjon, for eksempel en kommune, skal komme dit. Denne modellen kan være nyttig å se på i planlegging og evaluering av velferdsteknologiske innovasjoner.

De fire konseptene modellen bygger på er a) logikk og sammenheng, b) felles kunnskapsproduksjon, c) kollektiv handling og d) kontinuerlig evaluering. Til hver av disse kan man stille konkrete spørsmål om bruk, som vist i tabellen på neste side.

Konsepter	Spørsmål
Logikk og sammenheng	Blir innovasjonen tatt i bruk?
Felles kunnskapsproduksjon	Opplever brukerne det som meningsfullt?
Kollektiv handling	Gjør de som planlagt?
Kontinuerlig evaluering	Vil de nye praksisene overleve utskiftinger i personalet?

Mer informasjon om denne modellen finnes på Internett på <http://normalizationprocess.org/>. Siden er på engelsk. Der er blant annet en verktøykasse for implementering som består av 16 spørsmål.

Når det innføres digital kommunikasjon med brukeren

En modell for å planlegge og evaluere innføring av digital kommunikasjon med brukere finnes i artikkelen «Digitized patient-provider communication; how does it matter» fra 2018 (Andreassen et al., 2018). Her pekes det på fire elementer i pasient–kliniker samhandlingen som kan komme til å endres når digitale verktøy for kommunikasjon (for eksempel videokonferanse, e-post eller tekniske løsninger for å måle og sende inn kliniske data) innføres. De fire elementene er a) tid og sted for helseaktivitet og -kommunikasjon, b) forbindelser til helsevesenet, c) reaksjoner på endringen og d) rekonfigurering av arbeidet, sykdomsopplevelsen og familien.

#### *Tid og sted*

Med teknologi blir brukere og ansatte i tjenesten tilgjengelige for hverandre på nye tider og fra nye steder. For brukeren kan det bety frigjøring fra hjemmet, samtidig kan det oppstå utfordringer knyttet til forventningsavklaringer på begge sider; hvor ofte og hvor raskt kan en forvente svar og tilgjengelighet?

#### *Digitale forbindelser*

Digitale forbindelser til helsevesenet representerer for brukeren sin del ofte en tosidighet. De kan oppleve båndet som styrket, gjennom at teknologien fungerer som en «navlestreng» til helsevesenet (Pols og Willems, 2011), men noen kan også oppleve engstelse i forbindelse med innføring av nye teknologier.

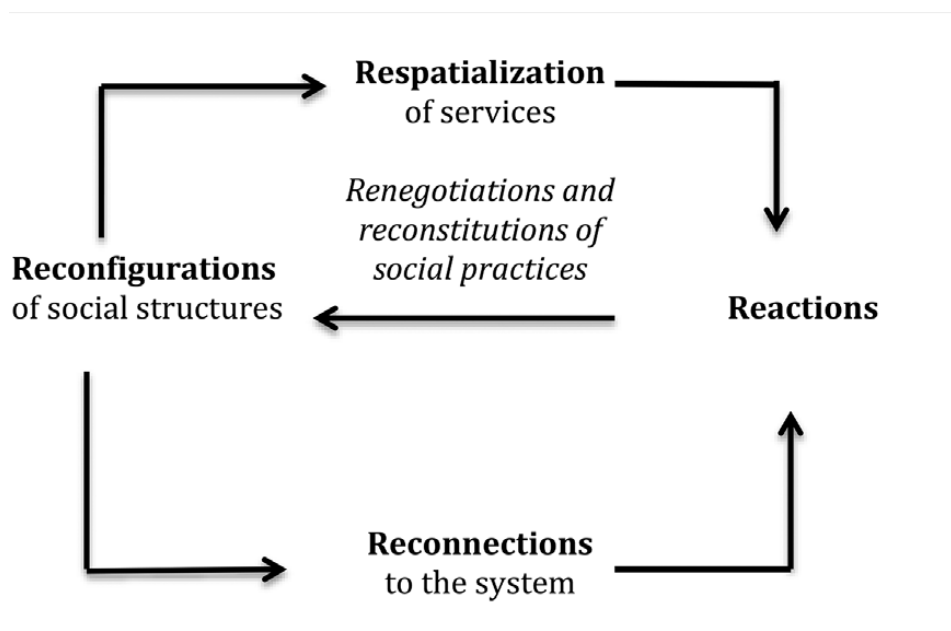
## Reaksjoner

Reaksjoner på slik teknologi spenner fra aksept og såkalt «domestisering» av teknologien, til negative reaksjoner som avvisning og ikke-bruk. Samme teknologi kan møtes på veldig ulikt vis hos ulike brukere og i ulike ansattegrupper.

### Omstrukturering av det sosiale samspillet

Et viktig perspektiv å ha med seg er at endringer i kommunikasjon med helsevesenet ofte får vidtrekkende konsekvenser for familiene og hverdagslivet til brukeren. Det er vanlig at eldre trenger hjelp til bruk av digital teknologi. De som trenger slik hjelp til må få det fra noen, og ofte er der en datter eller sønn som må sette av tid. Dette får igjen konsekvenser for deres arbeid og hverdagsliv. Sykdommen får også en ny og annen rolle i hjemmet når der er mange tekniske hjelpemidler som minner om brukerens hjelpebehov, og bidrar til synliggjøring og aktualisering i andre daglige gjøremål.

Sammenhengen mellom de fire elementene er fremstilt i en figur:



Figur 1. fra Andreassen et al., 2018.

### Tekniske hjelpemidler og formidlingsprosessen

Tekniske hjelpemiddel skal sikre like muligheter til aktivitet og deltakelse, uavhengig av individuell funksjonsevne og omgivelsene (United Nations, 2007). Norske og internasjonale fagmiljø er enige i at formidling av tekniske hjelpemiddel bør sees som en prosess der blant annet følgende tema inngår (se figur 2): kartlegging, vurdering, bestilling/ anskaffelse, oppfølging og evaluering (AAATE og EASTIN, 2012, NETF, 2011). Det er også bred enighet om at hjelpemiddelformidling skal være klientsentrert, ved at brukeren sine ønsker og behov skal være styrende gjennom hele prosessen (Socialstyrelsen, 2014, AAATE og EASTIN,

2012, NETF, 2011, Cook og Polgar, 2008). Tilgang på kompetente og brukerorienterte fagfolk er essensielt for å nå målet om rett hjelpemiddel til rett brukar.



Figur 2. Formidlingsprosessen (hentet fra: <http://www.kunnskapsbanken.net/om-formidlingsprosessen/>)

Hjelpemiddel er et kompensierende tiltak for å avhjelpe praktiske problem, men kan også virke forebyggende, ved å avlaste slik at personen kan opprettholde funksjon lenger. Det er et komplekst samspill mellom menneske, aktivitet og omgivelser. God hjelpemiddelformidling innebærer forståelse for dette samspillet og for endringsprosessene som er i spill når man innfører ny teknologi. I dette feltet er det behov for mange typer av kunnskap og ferdigheter. Behovet for å holde seg oppdatert på teknologi blir ofte nevnt, men enda viktigere for god implementering er samarbeidsevner, skjønn og kreativitet hos fagutøverne som er involvert i prosessene.

Brukermedvirkning er videre essensielt for å få til gode hjelpemiddelformidlingsprosesser og bidra til at personer med funksjonsnedsetting kan delta på lik linje som andre. Å få til dette i praksis, kan likevel være krevende. Formidling av tekniske hjelpemiddel bør ha et

proessorientert perspektiv, og tilskrive brukeren selv en aktiv rolle. Begrepet «assistive solution», eller tilretteleggings*løsning*, er hensiktsmessig for å understreke at innføring av teknologi innebærer nettopp å løse en utfordring (som er kontekstuell og individuell). Prosessene må derfor være brukerorienterte heller enn teknologiorienterte (Federici og Borsci, 2016, AAATE og EASTIN, 2012).

Den økende tverrfagligheten i kommunehelsetjenesten, sammen med vektlegging av brukermedvirkning og helhetlig forståelse av brukers situasjon vil bidra til gode tilretteleggingsløsninger, men dette kan være vanskelig å få til i praksis. Det kan for eksempel være ulike grunnforståelser om problemene, funksjon og aktivitet, og mål i ulike fag og praksiskulturer som kompliserer felles forståelse (Gramstad og Nilsen, 2016). Der teknologien skal brukes og følges opp av flere (for eksempel en rullestol til en beboer på sykehjem) er det særlig viktig at faggruppene har felles forståelse og felles mål. Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner er sentralt for å sikre gode arbeidsprosesser.

Utfordringer ved formidlingsprosesser ved tekniske hjelpemiddel er ofte målt gjennom ikke-bruk eller «abandonment» av tekniske hjelpemiddel. Underforbruk av hjelpemiddel og konsekvensene av dette er i liten grad undersøkt. Grunner til å ikke søke om hjelpemiddel som kan avhjelpe aktivitetsproblem kan skyldes at man ikke kjenner til at teknologien finnes, at man ikke definerer seg selv som hjelpetrengende, eller at man opplever stigma knyttet til hjelpemiddelbruk. Forskning viser at ikke-bruk av hjelpemidler kan skyldes en kompleks interaksjon mellom fire hovedgrupper av faktorer (Wessels et al., 2003, Wielandt og Strong, 2000):

1. Personlige faktorer (som forventninger, stigma, motivasjon, endringer i funksjonsnivå),
2. Faktorer relatert til hjelpemiddelet (som kvalitet og utseende)
3. Faktorer relatert til omgivelsene (som sosial støtte og hjelp til å ta i bruk teknologien, fysiske barrierer som trapper, utilgjengelige uterom eller mangel på strøm og ladepunkt)
4. Faktorer relatert til den profesjonelle formidlingen (eksempelvis at brukerperspektivet ikke er ivaretatt, manglende oppfølging eller for lang ventetid)

Det er særlig oppfølgingen av hjelpemidler som brukerne ser ut til å være minst tilfreds med (Sund et al., 2013, Wressle og Samuelsson, 2004). En av årsakene til dette, kan være at den profesjonelle oppfølgingen av hjelpemidler ofte er mangelfull (Sund et al., 2013, Samuelsson og Wressle, 2008). Manglende oppfølging kan føre til at hjelpemiddel blir brukt feil eller ikke blir brukt i det hele tatt, og fører dermed til at personens problem ikke blir løst, til tross for ressursene som settes inn. En spørreskjemaundersøkelse blant voksne personer i Danmark og Norge som fikk elektrisk scooter til utendørs bruk, viste at om lag halvparten ikke fikk noen oppfølging etter at hjelpemiddelet ble utlevert (Sund et al., 2013). Det er vanskelig for brukere å forutse hvilke behov de vil komme til å få for oppfølging før de har tatt i bruk hjelpemiddelet i sin egen hverdag (Gramstad et al., 2014). Det er derfor essensielt at oppfølging og evaluering blir prioritert av fagfolk, og at oppfølgingen tilpasses den enkelte bruker og situasjon. Manglende kapasitet og tilgang til fagfolk i kommunene er

dessverre et hinder for å få til en individualisert oppfølging, men mer kunnskap om betydningen av evaluering og oppfølging blant ledere vil kunne gjøre det lettere å prioritere denne fasen av formidlingsprosessen.

### **Kompetansebehov fremover**

Utviklingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren stiller høye krav til de ansattes kompetanse og evne til og mulighet for å samarbeide. Primærhelsemeldingen pekte på at brukere med samansette behov i dag ikke får gode nok helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Riksrevisjonens nylige rapport peker også på flere utfordringer i kvaliteten på eldreomsorgen, blant annet knyttet til manglende brukermedvirkning, for dårlig pasientsikkerhet og manglende kunnskap om dette området (Riksrevisjonen, 2018). Helhetlige tjenesteforløp som rehabiliteringsprosesser er ofte komplekse og krever oppmerksomhet fra og samarbeid mellom flere faglige aktører. Rehabilitering og omsorg i dagliglivets aktiviteter handler om å mestre og delta innenfor særlige kontekster, og det er derfor viktig å ha oppmerksomhet mot de sosiale og fysiske kontekstene som brukere lever sitt liv i og på tvers av.

### **Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og «pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Ness, 2011). Å arbeide kunnskapsbasert vil derfor si å integrere flere kunnskapsformer. Kunnskap om og samarbeid med brukar gir grunnlag for å forstå nettopp denne unike situasjonen, aktivitetsproblemet, konteksten og muligheter, ressurser og begrensninger. Fagpersoner trekker veksler på sine erfaringer fra tidligere praksissituasjoner, men også på modeller, teorier og referanserammer fra utdanninga og i fagfeltet. Skjønn og vurderinger er vesentlige i kliniske vurderinger. Det har skjedd en økt vektlegging av systematisk forskningskunnskap som grunnlag for avgjørelser i praksis de siste tiårene. Innenfor hjelpemiddelområdet har forskningen likevel vært avgrenset og mangelfull (Ness, 2011, Fjeldvik, 2009) selv om den internasjonale forskinga på feltet har økta kraftig i omfang de siste åra (Gramstad, 2014). Det er fremdeles et stort behov for mer forskning for å støtte politikere, fagutøvere, og brukere i å ta velgrunna og kloke avgjørelser.

Helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert, og arbeidsgiver er pålagt å gi ansatte mulighet til å gå på kurs eller oppdatere seg på andre måter. Lov om kommunale helsetjenester §4-1 presiserer at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik tilstrekkelig fagkompetanse blir sikra. Lov om kommunale helsetjenester §8-2 tydeliggjør kommunens ansvar for å legge til rette for at de ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning.

KBP har blitt kritisert for å legge for mye vekt på objektiv kunnskap, løsrevet fra kontekst, på bekostning av profesjonelt skjønn (Ekeland, 2004). Profesjonell kompetanse bygger på objektiv kunnskap og vitenskap (episteme), men innebærer òg praktisk kunnskap som ikke så lett lar seg artikulere. Praktisk kunnskap, det å *kunne gjøre*, utvikler seg gjennom erfaring og refleksjon og viser seg i handlingene. Aristoteles sitt begrep om fronesis; evnen til å vurdere hvordan man bør handle slik at man fremmer det gode, blir ofte anvendt for å



belyse dette fenomenet. Begrep som taus kunnskap, ferdighetskunnskap og indeksert kunnskap er også benyttet, og det er utviklet flere modeller for hvordan dyktige fagutøvere utvikler praktisk kunnskap. Poeng her er at læring og endring skjer i prosesser, der blant annet vaner, omgivelser og erfaringer spiller sentrale roller.

### **Etterutdanning**

Kompetansebehovet i kommunene framover, som blant annet vil dreie seg om tverrfaglig samarbeid, rehabilitering og forståelse av komplekse forløp, skal imøtekommes ved utdanningstilbud som bidrar til å utvikle denne kompetansen. Masterløp med mulighet for deltidsløp, og med praksisrelevante delemner er viktige tilbud til kommunene. Det er flere utdanningsinstitusjoner som utvikler slike løp (knyttet til mellom anna rehabilitering og velferdsteknologi).

### **Nye profesjoner**

Helsesektoren generelt og også kommunehelsetjenesten vil trenge nye profesjoner i årene som kommer, for å utvikle, drifte og betjene de nye velferdsteknologiene på en sikker og forsvarlig måte. Fra tidligere studier ser vi at praksisen med å utnevne «superbrukere» blant personalet som skal ha ansvar for både drift og oppfølging av andres bruk av teknologi ikke er optimal (Hjertstrøm, 2015). Helseinformatikk er et voksende fag internasjonalt. I fremtiden vil det nok kunne bli nødvendig å overskride profesjonsgrenser, samt jobbe tverrfaglig ut over helse og omsorgssektoren, for eksempel ved å anerkjenne og se muligheter i slike nye profesjonsgrupper.

### **Oppsummering**

Velferdsteknologi er et abstrakt og vidt begrep som må konkretiseres. Alle implementeringsprosesser må forutsette motstand og utfordringer. Kompetanse om teknologi og endringsprosesser er det viktigste verktøyet for å imøtekomme disse utfordringene. Det finnes også en del nyttige implementerings- og evalueringsmodeller, som vi har gitt eksempler på. Ledelse og organisering er likevel sentralt for å lykkes med å ta i bruk velferdsteknologi til beste for kommunene, brukerne og de ansatte i tjenestene.

# Referanser

- Andreassen, H. K., Dyb, K., May, C., Pope, C. & Warth, L. (2018). Digitized patient-provider interaction: How does it matter? A qualitative meta-synthesis. *Social Science and Medicine*, 21536–44.
- Andreassen, H. K., Kjekshus, L. & Tjora, A. (2015). Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. *Social Science and Medicine*, 13262–9.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring*. Rapport fra et ekspertutvalg.
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(1), 28.
- Chesbrough, H. (2006). Open innovation: a new paradigm for understanding industrial innovation. *Open innovation: Researching a new paradigm*, 400, 0–19.
- Chesbrough, H. (2010). 3 How Smaller Companies Can Benefit from Open Innovation. *Economy, Culture and History Japan Spotlight Bimonthly*, 29(1), 13.
- Cook, A. M. & Polgar, J. M. (2008). Assistive technologies. *Principles and practice*. Third edition., St.Louis, Missouri, Mosby Elsevier.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*, Oslo, Høgskolen i Oslo.
- Ekelund, B.Z. (2013). *Red, Blue and Green in change management – dialogue with Yngvar Sjoner* (Key Learning). Lastet ned 07.06.2018 fra <https://bjornzekelund.wordpress.com/2013/07/02/red-blue-and-green-in-change-management-dialogue-with-yngvar-sjoner-key-learning>
- Ellingsen, M.B. (2014) *The Trust Paradox*, Dr.philos avhandling, UiT-Norges Arktiske Universitet
- Federici, S. & Borsci, S. (2016). Providing assistive technology in Italy: the perceived delivery process quality as affecting abandonment. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(1).
- Fjeldvik, L. (2009). Kunnskapsbasert praksis på hjelpemiddelområdet. *Ergoterapeuten*, (7).
- Fuglsang, L. & Rønning, R. (2014). Introduction: Framing Innovation in Public Service Sectors: A Contextual Approach. In L. Fuglsang, R.Rønning & B.Enquist (eds.) *Framing Innovation in Public Service Sectors*, pp. 15–31. Routledge.
- Gramstad, A. & Nilsen, R. (2016). «Vi blir ikke brukt godt nok». Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*, (4).
- Gramstad, A. (2014). *Å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel - ei gåtefull reise*. PhD PhD, UiT Norges arktiske universitet.

- Gramstad, A., Storli, S. L. & Hamran, T. (2014). Older individuals' experiences during the assistive technology device service delivery process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4) 305–12.
- Helse -og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015- 2020*. Helse -og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Melding nr. 26 til Stortinget. *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, Oslo, Regjeringen.
- Helse- og omsorgstjenesteloven sist endret 2015. LOV-2015-06-19-65 fra 01.10.2015 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo.
- Hjertstrøm, H. (2015). *Hva må til for bedre utnyttelse av IKT i helse- og omsorgssektoren?*
- Jensen, Kirsten E., Jensen, Jens P., Digmann, Annemette og Bendix, Henrik W. (2008): *Prinsipper for offentlig innovasjon. Fra best practic til next practice*. Børsen Forlag.
- Kristiansen, Margrethe (2017): *Contradictory management requirements and organization of daily work in Norwegian Nursing homes*, Phd avhandling, UiT-Norges Arktiske Universitet
- Laursen, K., & Salter, A. J. (2014). The paradox of openness: Appropriability, external search and collaboration. *Research policy*, 43(5), 867–878.
- May, C. (2013). Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social science and Medicine*, 78(C) 26–33.
- May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., Gask, L., Macfarlane, A., Murray, E., Rapley, T., ROgers, A., Treweek, S., Wallace, P., Anderson, G., Burns, J. & Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health services research*, 7(1) 148.
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: et kunnskapsbasert grunnlag*, Trondheim, Tapir akademisk.
- NETF (2011). *Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling*.
- Pols, J. & Willems, D. (2011). Innovation and evaluation: taming and unleashing telecare technology. *Sociology of Health and Illness*, 33(3) 484–98.
- Riksrevisjonen (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Dokument 3:5 (2018–2019).
- Ringholm, T. (2013). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer? I T. Ringholm, H.Teigen & N. Aarsæther (red.) *Innovative kommuner* (2013), Cappelen Damm Akademisk, s. 103–117.
- Samuelsson, K. & Wressle, E. (2008). User satisfaction with mobility assistive devices: An important element in the rehabilitation process. *Disability & Rehabilitation*, 30(7) 551–8.

- Socialstyrelsen (2014). *Formidling af hjælpemidler til voksne borgere. Sociale indsatser, der virker.*
- Sund, T., Iwarsson, S., Andersen, M. C. & Brandt, Å. (2013). Documentation of and satisfaction with the service delivery process of electric powered scooters among adult users in different national contexts. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(2) 151–60.
- Teigen, H. (2013). Kommunene som innovatører. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (red.) *Innovative kommuner*, Cappelen Damm Akademisk, s.31–70. [Teigen, H. (2013).
- Teigen, H., Ringholm, T. & Aarsæther, N. (2013). Innovatør fra alders tid. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (red.) *Innovative kommuner*, Cappelen Damm Akademisk, s. 15–30.
- Tromsø kommune (2017). *Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018*. Tromsø kommune.
- United Nations (2007). Convention on the rights of persons with disabilities. *Resolution 61/ 106*. New York: United Nations.
- Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M., Gelderblom, G. J. & De Witte, L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and Disability*, 15(4) 231–8.
- Wielandt, T. & Strong, J. (2000). Compliance with prescribed adaptive equipment: a literature review. *British journal of occupational Therapy*, 63(2) 65–75.
- Williams, I. (2011). Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. *Health Services Management Research*, 24(4), 213-218.
- Wressle, E. & Samuelsson, K. (2004). User satisfaction with mobility assistive devices. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (11).
- AAATE & EASTIN (2012). *Service delivery systems for assistive technology in Europe. Position paper.*, AAATE: Association for the advancement of assistive technology in Europe. EASTIN: European assistive technology information network.