

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE320E

Navn på kandidat:

Lone Smelror

---

Hvordan hemmes og fremmes innovasjon på ulike klinikker i et sykehus? *En kvalitativ casestudie av innovasjon ved et Universitetssykehus i Norge*

---

Dato: 1.12.2017

Totalt antall sider: 150

*“I stedet for å bruke gårldagens svar på morgendagens utfordringer, må vi etterspørre løsninger som ikke finnes - på behov som allerede er til stede.”*

Abelia

## **Forord**

Denne avhandlingen er resultatet av et 2 ½ -årig studie fra Master of Business Administration (MBA) -studiet ved Nord Universitet, ferdigstilt desember 2017. Jeg er inspirert av den økende interessen for innovasjon innenfor helsevesenet.

Denne kvalitative casestudien er med utgangspunkt i et universitetssykehus i Norge, hvor jeg har undersøkt hva mellomledere ser som hemmende og fremmende for nye innovasjoner i en så stor og kompleks offentlig organisasjon, med fokus på egne klinikker. Undersøkelsen går ut på å sammenligne leders forståelse og omfang av innovasjon i 5 ulike klinikker samt Direktøren ved sykehuset, og jeg har studert om det er likheter og ulikheter mellom disse. Jeg har fokusert på mellomleders perspektiver og deres syn om emnet.

Jeg har intervjuet, via semistrukturerte dybdeintervju, 13 informanter fordelt på fem ulike klinikker i sykehuset. Intervjuene har blitt transkribert og analysert opp mot problemstillingen og relevant forskningslitteratur. Informantene mine består av alt fra ledere fra det regionale helseforetaket, sykehusdirektør, klinikkledere, avdelingsledere, seksjonsledere og administrative ledere. Dataene som jeg har samlet inn, via semistrukturerte dybdeintervjuer, har gitt meg nyttig informasjon som jeg har brukt videre i oppgaven. I tillegg har jeg lest nasjonal og internasjonal litteratur om både innovasjon i offentlig sektor og om innovasjon i helsesektoren.

Nye måter, nye metoder å gjøre de samme tingene på er høyst nødvendig i helse –og omsorgssektoren. Det er mange utfordringer i den offentlige sektoren og helsesektoren som kommer i årene framover med flere eldre som lever lengere og som har flere kroniske sykdommer og mindre helsepersonell og ressurser til å gjøre dette. Hva er hemmere og fremmere for innovasjon innad i de ulike klinikkene på et sykehus? Er det noen likheter og ulikheter som hemmer og fremmer innovasjon i klinikkene? Dette er vinklingen min på oppgaven. Jeg har lest nasjonal og internasjonal litteratur om emnet, og noe av dette blir diskutert videre.

Jeg ønsker å takke min veileder professor Tommy Høyvarde Clausen for gode råd og tips underveis i skriveprosessen. Samtidig takker jeg Nord Universitet for å gjøre det mulig å fullføre oppgaven. Jeg må også takke min arbeidsgiver for tålmodigheten og for å ha tilrettelagt det på best mulig måte slik at jeg kunne ta denne utdanningen. Jeg må også takke

alle informantene mine som har stilt opp og latt seg intervju. Uten dem hadde det ikke blitt en oppgave. Ikke minst må jeg takke min kjæreste samboer, min familie, og mine gode venner for all den kjærighet og tålmodighet de har vist meg i denne hektiske studieperioden. Uten deres støtte, oppmuntring, og troen på meg, hadde jeg ikke klart å gjennomføre. Tusen, tusen takk!

Tromsø, desember 2017

Lone Smelror

## Sammendrag

Et universitetssykehus i Norge er benyttet som case for denne oppgaven. Jeg har sett på hva som er hemmere og fremmere for innovasjon innad i toppledelsen, fem klinikker og tilhørende avdelinger på sykehuset, og om det er likheter og ulikheter mellom klinikkene. Jeg har intervjuet, transkribert og analysert dataene fra totalt 13 informanter. Informantene består i all hovedsak av mellomledere, men også toppledelse fra sykehuset samt ledelse fra det regionale helseforetaket. Jeg ønsket å få deres perspektiver om innovasjonsarbeid i deres daglige arbeid.

I studiet ønsket jeg å finne ut om hva ledere ser på hva som hemmer og fremmer innovasjon i egne klinikker på sykehuset. Jeg har ikke funnet mye forskning på dette, og dermed fant jeg det spesielt spennende å utforske videre. Det meste av forskningen om hemmere og fremmere i helsesektoren er på organisatorisk nivå og det har ikke vært studier som har vært innad i et sykehus og sett på ulikhetene i en så stor og kompleks organisasjon. Studiet har gitt noen svar som andre forhåpentligvis kan utvikle videre. Ønsket er at dette kan gi ny informasjon og kunnskap, samt at resultatene kan være nyttig for andre ledere som jobber med innovasjon i helsesektoren og andre store offentlige organisasjoner.

Problemstilling:

*Hvordan hemmes og fremmes innovasjon på ulike klinikker i et sykehus?*

Jeg har gjort en kvalitativ casestudie, med semistrukturerte dybdeintervjuer. De 13 intervjuene fra toppledelse og fem ulike klinikker har blitt transkribert og analysert med støtte i teorier som er hentet fra forskningslitteratur. Dataene fra funnene har blitt sammenlignet med hverandre for å se om det er noen likheter og ulikheter mellom klinikkene i sykehuset. Jeg har også lest tilgjengelige strategier, oppdragsdokumenter, planer, og annen relevant litteratur om hemmere og fremmere av innovasjon i helsesektoren og offentlige organisasjoner.

Gjennom den kvalitative metoden jeg har benyttet og dokumentanalyse viser mine funn at ledere i et sykehus ser en god del som fremmer innovasjon, som blant annet behovet for ny teknologi, nye måter og metoder å gjøre ting på. Et annet funn som viser fremmere er at den økonomiske situasjonen i universitetssykehuset tvinger fram nye måter å gjøre de samme

tingene på. En annen fremmer som ledere ser er kravet fra de ansatte og ikke minst pasienter om økt kvalitet og service.

Hemmere i den offentlige sektor, og helsesektoren er flere. Dårlig forankring fra toppleders side av innovasjonsaktiviteten i sykehuset er en hemmer, og mangel på kunnskap om hva som skal til for å komme i gang med innovasjon viser seg også å være en hemmer. Det etterlyses personer som har kunnskap om og som ansvar å jobbe med IP-rettigheter, patentsøknader, EU-reglement og andre byråkratiske sider ved innvasjon. Uklar begrepsbruk er et annet funn som hemmer for innovasjon, det er ikke en felles forståelse av dette på sykehuset og i det regionale helseforetaket. For liten tid avsatt til innovasjon er også en hemmer som flere av informantene trekker frem som viktig, det samme var for liten finansieringen til å kunne drifte prosjekter i innovasjonsfasen. Det er ikke enkelt å få finansiering for et produkt eller tjeneste som ennå ikke er ferdigutviklet.

En fremmer for innovasjon er utlysningen av innovasjonsmidler fra det regionale helseforetaket (RHFet). En annen fremmer som kom tydelig fram var at innovasjon rett og slett er nødvendig for å kunne imøtekomme de utfordringene helsesektoren står ovenfor. Digitaliseringen som nå foregår, og den teknologiske utviklingen ble også trukket fram som en fremmer for innovasjon i sykehuset. Et annet aspekt som ble trukket fram som en fremmer for innovasjon var sykehusets økonomiske situasjon, den tvinger fram nye måter å gjøre de samme tingene på, bare enda bedre. Muligheten for bedre samarbeid mellom universitetssykehuset og UH-sektoren samt privat sektor er også en fremmer for innovasjon.

## **Summary**

In this thesis, I have used a university hospital in Norway as a case. I have looked at what are the inhibitors and advocates of innovation within six different clinics and associated departments in the university hospital, and whether there are similarities and inequalities between the clinics. I have interviewed, transcribed and analyzed the data from 13 informants. My informants consist mainly of middle managers, but also senior management from the hospital and management from the regional health service.

In the study, I wanted to find out what leaders perceive as inhibitors and what promotes innovation in their own clinics and departments at the hospital. I have not found much research on this in the literature I have read, so I found it particularly exciting to explore further. Most of the research on inhibitors and advocates in the health sector is at the organizational level. As far as I know, there have been no studies of inhibitors and advocates of innovation in a hospital, and at the same time looked into the inequalities and equalities of such a large and complex organization. The study has provided some answers that others may develop further. My wish is that this study may provide some new information and knowledge, and that the results may be useful to other managers working on innovation in the health sector and other major public organizations.

My research problem is:

*“How is innovation at different clinics in a hospital hampered and promoted?”*

I have conducted a qualitative case study, with semi-structured depth interviews. I transcribed, and analyzed the data from the 13 interviews from six different clinics, with support in theories derived from research literature. I compared my data from my findings to each other (the six clinics) to see if there were any similarities and inequalities between the clinics in the hospital. I have also read available strategies, public documents, public plans, and other relevant literature on inhibitors and advocates of innovation in the healthcare and public organizations.

Through the qualitative method I have used and my document analysis, my findings show that managers in a hospital identify a good deal that promotes innovation, such as the need for new technology in the health care sector, and new ways and methods to do things. Another finding shows that the bad financial situation in the university hospital forces new ways to do the same things. Another promoter that managers identify is the requirement of the employees and patients about their demands of increased quality and service.

There are more inhibitors in the public sector and the health sector. Poor innovation anchoring by the senior management in the hospital is a barrier. In addition, a lack of knowledge about what is needed to start with innovation also proves to be a hindrance. This requires people who have knowledge of, and has responsibility to work, with IP rights, patent applications, EU regulations and other bureaucratic aspects of innovation. Unclear usage and understanding of terms is another finding that inhibits innovation, it is not a common understanding of this at the hospital and in the regional health company.

Too little time devoted to innovation is also a barrier, several informants claimed to be important. Another barrier identified was too little funding to be able to run projects in the innovation phase. It is not easy to get funding for a new product or a new service that has not yet been completely developed.

A promoter of innovation is the announcement of innovation funds from the Regional Health Agency (RHFet). Another promoter was that innovation simply is needed because of the challenges in the health sector in the years to come. The digitization that is taking place right now, and the technological development was also emphasized as an advocate for innovation in the hospital. Another aspect emphasized that an advocate for innovation was the hospital's financial situation; it forces new ways to do the same things, even better. The opportunity for better cooperation between the university hospital and the UH sector as well as the private sector is also a promoter of innovation.



## Forkortelser

CRISTIN	Current Research Information System in Norway er et felles system for registrering og rapportering av forskningsaktiviteter og -resultater for institusjoner i helsesektoren, instituttsektoren og UH-sektoren
DIFI	Direktoratet for forvaltning og IKT
DOFI	Disclosure of Invention – Når en idehaver har nådd frem til mulig patentbare eller kommersielt utnyttbare arbeidsresultater eller ideer plikter denne å gi skriftlig melding om dette til sin arbeidsgiver.
FDA	Federal Drug Agency i USA
FoU	Forskning og Utvikling
H-dir	Helsedirektoratet
HelseOmsorg 2021	HelseOmsorg21 er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for å bidra til forskning og innovasjon i hele helsesektoren.
HF	Helseforetak
HOD	Helse –og Omsorgsdepartementet
IN	Innovasjon Norge
InnoMed	InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren, og er etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet
Inven2	Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus (TTO)
IPR	Intellectual property rights
ISF	Innsatsstyrt finansiering
KS	Kommunenes Sentralforbund
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
NFR	Norges Forskningsråd
Norinnova Technology Transfer	Er et innovasjonsselskap for kommersialisering av teknologi og forskningsbaserte forretningsideer (TTO)
NSD	Personvernombudet for forskning
RHF	Regionalt Helseforetak
TIK	Senter for teknologi, innovasjon og kultur
TTO	Technology Transfer Organizations
UH-sektoren	Universitets og høyskolesektoren
WHO	Verdens Helseorganisasjon

## **Innholdsfortegnelse**

Forord .....	ii
Sammendrag .....	iv
Summary .....	vi
Forkortelser .....	viii
Innholdsfortegnelse .....	ix
1.0 Innledning .....	1
1.1 Aktualisering .....	1
1.2 Nytteverdi .....	3
1.3 Problemstilling .....	4
1.3.1 Forskningsspørsmål .....	5
1.3.2 Begrepsavklaring .....	5
1.4. Avgrensing .....	6
1.5. Oppbygging av oppgaven .....	8
2.0 Teori .....	8
2.1 Definisjon av innovasjon .....	9
2.2 Ulike typer av innovasjoner .....	12
2.2.1 Innovasjonsgrad .....	12
2.2.2 Innovasjonsformer .....	13
2.3 Leders rolle for innovasjon .....	15
2.3.1 The Theory of middle managers .....	16
2.4 Hemmere og fremmere for innovasjon i sykehus .....	19
2.4.1 Fremmere for innovasjon .....	23
2.4.2 Hemmere for innovasjon .....	25
2.5 Oppsummering – hva kan forventes av materialet .....	30
3.0 Metode .....	34
3.1 Forskningsstrategi .....	34
3.2 Forskningsdesign .....	35
3.2.1 Case studie .....	36
3.3 Datainnsamling .....	36
3.3.1 Utvalg .....	38

3.3.2 Intervjuguide .....	41
3.3.3 Gjennomføring av intervju .....	41
3.4 Analyse av data .....	43
3.5 Styrker og svakheter ved valgt metode .....	45
3.6 Etske betraktninger.....	47
4. Analyse.....	47
4.1 For-intervju med det regionale helseforetaket .....	48
4.1.1 «Det er jo egentlig nasjonen Norge som prøver å fokusere mer på innovasjon»....	48
4.2 Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?.....	49
4.2.1 Hemmere for innovasjon.....	49
4.2.2 Fremmere for innovasjon .....	69
4.2.3 Sammenstilling av mine funn.....	79
4.3 Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?.....	81
4.3.1 Oppsummering av hvordan ledere påvirker hemmere og fremmere av innovasjon	97
5. Drøfting .....	97
5.1 Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?.....	97
5.1.1 Toppleders fokus på innovasjon.....	97
5.1.2 Lederforankring.....	98
5.1.3 Nødvendighet .....	99
5.1.4 Tilgang på innovasjonsmidler .....	100
5.1.5 Innovasjon er tilfeldig .....	100
5.1.6 Innovation champions .....	101
5.1.7 Innovasjonsmåleindikatorer .....	102
5.1.8 Stor og kompleks offentlig organisasjon.....	103
5.1.9 Motstand mot endring .....	104
5.1.10 Tradisjoner .....	105
5.1.11 Villighet til å teste ut nye ting, risiko .....	106
5.1.12 Kommersialisering, IP-rettigheter, lover og regler, søknader og patenter .....	106
5.1.13 Uklar tjenestevei.....	107

5.1.14 Tid og ressurser .....	107
5.1.15 Kompetanse .....	108
5.1.16 Uklar begrepsbruk og uklare beskjeder.....	109
5.1.17 Radikal innovasjon.....	110
5.1.18 Suksesshistorier.....	111
5.1.19 Samarbeid.....	111
5.1.20 Oppsummering .....	112
5.2 Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?.....	112
5.2.1 The theory of middle managers role in innovation .....	113
5.2.2 Information diffusion .....	113
5.2.3 Information synthesis .....	116
5.2.4 Strategy/Day to day activity mediation.....	117
5.2.5 Selling innovation impelementation .....	120
5.3 Oppsummering .....	122
6. Avslutning .....	123
6.1 Praktiske implikasjoner .....	123
6.2 Begrensinger og forskningsmessige implikasjoner.....	124
6.3 Konklusjon .....	125
Litteraturliste .....	127
Offentlige dokumenter relevant for oppgaven .....	130
Fra lovdata.....	131
Vedlegg 1 - Informasjonsskriv Regionalt Helseforetak.....	132
Vedlegg 1.1 Intervjuguide for-intervju for det Regionale Helseforetaket: .....	133
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene .....	134
Vedlegg 2.1 Intervjuguide.....	135
Vedlegg 2.2. Revidert utgave av intervjuguiden.....	137

## **1.0 Innledning**

I dette kapittelet beskriver jeg hvorfor innovasjon i helsesektoren er aktuelt og hva som er nytteverdien av min forskning. En kort beskrivelse av hva som hemmer og fremmer innovasjon i helsesektoren blir gitt, og hva er mellomleders betydning for innovasjon. Jeg presenterer også min problemstilling og mine forskningsspørsmål, og gir en kort begrepsavklaring.

### **1.1 Aktualisering**

Å drive med innovasjon i den offentlige sektoren og helsesektoren har noen helt spesielle utfordringer. Albury (2005) skriver i en artikkel om innovasjon i offentlig sektor at innovasjon er ikke et valg, det er en nødvendighet. Dette er på grunn av den økende arbeidsmengden og mindre ressurser på allerede pressede offentlige ansatte. Samfunnet og «kundene» i helsesektoren stiller andre krav nå enn tidligere til en mer personlig helsebehandling og service. I artikkelen, som er basert på den offentlige sektoren i Storbritannia, står det at det forekommer systematiske stegvise innovasjoner i offentlige organisasjoner, og at det er mest vanlige med små forandringer til eksisterende produkt eller tjeneste. Det har selvsagt også forekommet store endringer, som utvikling av helt nye tjenester eller helt nye måter å gjøre ting på. Dette er like riktig i Norge som i Storbritannia. Det mangler ikke på innovasjoner i den offentlige sektoren, sier Albury, det er bare mer komplisert og tar lengere tid å endre på tjenester og innholdet i tjenestene. Lister et al (2017) sier i sin artikkel om *The Public Health Innovation Model*, at manglende evne eller motvilje til å godta store fremskritt og rekonstruere rammeverket i folkehelsen kan tilskrives «*legacy concept*», eller troen på det gamle. Som en følge av dette kan for eksempel et sykehus mislykkes i å søke nye muligheter.

Innovasjon i offentlig sektor og ikke minst helsesektoren har fått mer og mer oppmerksomhet de senere årene. Dette vises blant annet gjennom Abelias (NHOs forening for kunnskaps- og teknologibedrifter) hørings svar til «*Produktivitetskommisjonen om økt effektivitet i den offentlige sektor*», der dem har påpekt at det er helse og omsorgssektoren som kommer til å merke behovet for omstilling mest som følge av at det blir flere eldre og økonomien blir trangere. Det vil være avgjørende for teknologiens rolle å møte denne utfordringen. De sier med andre ord at innovasjon er helt nødvendig og det trengs god ledelse for å til dette.

DIFI (Direktoratet for forvaltning og IKT) sier at

*«Formålet med innovasjon i offentlig sektor kan være både å skape sosial og økonomisk verdi. Sosial verdi kan være å utvikle bedre tjenester for borgerne for eksempel ved å korte ned ventetiden på sykehusene. Økonomisk verdi kan være både økte inntekter og sparte utgifter.»*

Norges forskningsråd (NFR) har også et stort fokus på innovasjon i offentlig sektor og de har laget et policy-hefte, utgitt november 2012, om «Innovasjon i offentlig sektor», der de har satt fokus på de utfordringene de ser framover. De skriver blant annet at

*“kravene til fleksibilitet og tilpasninger vil øke i årene framover. Teknolog utviklingen alene bidrar til at befolkningens forventninger til offentlige tjenester endrer seg raskt”.*

Dette viser bare hvor viktig og aktuelt innovasjon er nasjonalt. På Kommunenes sentralforbund (KS.no) sine nettsider skriver de dette om viktigheten av innovasjon:

*«Å utvikle innovative løsninger er en avgjørende faktor for at offentlige tjenester framover skal kunne opprettholde god kvalitet på sine tjenester og sin rolle som samfunnsutvikler. Innovasjon er ikke å betrakte som et mål i seg selv, men et virkemiddel for å løse komplekse og sentrale velferdsutfordringer».*

I dette studiet har jeg sett nærmere på hva mellomledere i et stort universitetssykehus mener hemmer og fremmer innovasjon i egen klinikk. Jeg har sett dette fra leders perspektiv. Jeg har benyttet et universitetssykehus i Norge som case. Årsaken til at jeg har valgt et sykehus som case for mitt studie er at sykehus er en viktig offentlig organisasjon som har en viktig samfunnsrolle. Sykehusene har en lovpålagt oppgave å drive med forskning og utvikling. Forskning er en av fire hovedoppgaver i sykehusene, jf. *Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 og Helseforetakslovens §§ 1 og 2*. At innovasjon i helsesektoren er viktig og nødvendig for å imøtekomme de utfordringene som vil komme i årene framover, rår det liten tvil om.

Velferdsstaten står ovenfor mange utfordringer framover, som for eksempel med digitaliseringsprosessene som pågår i både privat og offentlig sektor. Norge opplever nå en og nedgang i oljemarkedet, som skaper utfordringer med høyere arbeidsledighet og mindre oljeinntekter til staten. Norge må bli mer innovativ. Samtidig blir det flere eldre som lever

lengere og har flere komplekse sykdommer, og det vil ikke være så mange «varme hender» til å håndtere dette i årene som kommer. Dermed er det viktig å tenke nytt også i helsesektoren. Regjeringen.no sier at:

*«Forskning i spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre et kvalitativt godt og oppdatert diagnostikk- og behandlingstilbud til norske pasienter og er en forutsetning for videreutviklingen av helsetjenesten».*

Barnett et al (2011) skriver i en artikkel angående innovasjon i helsesektoren at *«healthcare service innovation are considered to play a pivotal role in improving organizational efficiency and responding effectively to healthcare needs»*.

## **1.2 Nytteverdi**

I den senere tid har det begynt å komme en del forskningsresultater som beskriver hva som hemmer og hva som fremmer innovasjon, både i offentlig sektor og helsesektoren (Barnett et al:2011. Potts og Kastle:2010. Herzlinger:2006. Mørk et al:2005, Moreira et al:2017, Sommerbakk et al:2016 med flere). Albury (2005) refererer til Borins (2001) som sier at halvparten av innovasjonene ikke blir initiert fra toppledelsen. Med de rette verktøyene, rom og tid, kan alle ansatte på alle nivå være en stor kilde til inkrementelle og radikale ideer. Birken et al (2012) hevder at

*«implementing innovations is demanding of employees and organizations—cognitively, emotionally, physically, and spiritually. When attempting to implement innovations, organizations face challenges such as misaligned incentives, professional barriers, competing priorities, and inertia».*

I samme artikkel presenterer forfatterne en teori om at mellomledere kan ha potensialet til å bygge informasjonsbroer som ellers kunne forhindre innovasjon. Denne modellen blir utdypet senere i kapittel 2: Teori, og jeg benytter denne teorien som grunnlag i analysen av mellomlederne i sykehuset, samt at metoden blir benyttet i diskusjonskapittelet, kapittelet 5. Variasjon på kvaliteten av helsetjenester kan relateres til dårlig kommunikasjon av nøkkelstrategier og klinisk informasjon på tvers av klinikker og avdelinger. Ved å bygge broer innen informasjonsflyten er mellomledere med på å takle kravene som er assosiert med implementering av innovasjon, justere insentiver, overgå profesjonelle barrierer og identifisere prioriteringer for å fremme innovasjonsimplementering.

Mellomledere har i den senere tid fått økende oppmerksomhet i forskningen om implementering av innovasjoner i helsesektoren (Birken et al:2016). I artikkelen står det mellomledere kan påvirke gapet mellom toppleder og folket på gulvet, som ellers kunne ha forhindret implementeringen av innovasjon. Dermed er det viktig å skjønne hvordan mellomledere er med på å påvirke implementering av innovasjon. Denne artikkelen er en utdypping av den modellen som samme forfatter skrev i 2012. En rapport skrevet av Thune (2015) for Statistisk sentralbyrå (SSB), sier at sykehusene i høy grad samarbeider med andre aktører i helseinnovasjonssystemet om å utvikle nye produkter og tjenester, og mest med universiteter og forskningsmiljøer.

Mitt bidrag i denne oppgaven vil forhåpentligvis være med på å utforske noen av disse forskningsresultatene og bidra til en bedre forståelse av mellomleders rolle i innovasjonsarbeid i et sykehus, og spesielt i forhold til hemmere og fremmere. I denne oppgaven har jeg sett på, og sammenlignet seks klinikker mot hverandre og jeg har utforsket hva mellomledere ved et sykehus ser som hemmere og fremmere for innovasjon i egen organisasjon og egen klinikk særskilt. At et universitetssykehus har en lovpålagt oppgave å drive med forskning, har det i denne sammenhengen vært nyttig å se på hva mellomledere som oppfatter som utfordringer og muligheter med FoU og særlig om innovasjon i helseforetaket og deres i deres klinikker og avdelinger. Mine resultater kan være nyttige for ledere i andre sykehus, og ledere i andre store offentlige og private organisasjoner som skal gå i gang med innovasjon og innovasjonsprosesser.

### ***1.3 Problemstilling***

En oppgave om mellomleders perspektiver for hva som virker hemmende eller fremmende for innovasjoner ved egen klinikk og avdeling er spennende å studere, og jeg ønsker med dette å gjøre et lite bidrag i denne forskningen og øke kunnskapen om hemmere og fremmere av innovasjon. Jeg ønsker å finne ut om hva mellomledere i et sykehus anser som muligheter for innovasjon eller om det er noe som bremser opp for denne utviklingen. Er det forskjell mellom de ulike klinikkene? Hva er likhetene mellom klinikkene? Hva har mellomlederne ved sykehuset gjort og hva må fortsatt gjøres for at sykehuset skal bli klar for å imøtekomme fremtidens utfordringer.

Problemstillingen min er:

*Hvordan hemmes og fremmes innovasjon på ulike klinikker i et sykehus?*



Denne problemstillingen er et åpent spørsmål. Mitt mål er å lære mer om hva mellomledere ved et universitetssykehus mener de står overfor i arbeidet med innovasjon. Det vil være interessant å ta et få et lite innblikk innad i et sykehus og intervju ulike ledere på ulike nivåer og klinikker i et sykehus. Dette er for å få frem deres synspunkter om innovasjon i egen klinikk ved i sykehuset og for å sammenligne klinikkene mot hverandre. Det er også ønskelig å få avdekket hvilke oppfatninger og kunnskap lederne personlig har om temaet.

### ***1.3.1 Forskningsspørsmål***

Det jeg har gjort for å operasjonalisere problemstillingen er undersøke to forhold for å lete etter svar hva mellomledere mener er hemmende og fremmende faktorer for innovasjon i et sykehus i Norge, gjennom følgende forskningsspørsmål:

- 1. Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?*
- 2. Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?*

For å undersøke disse forholdene, vil en case studie med bruk av kvalitativ metode egne seg best. (Jacobsen 2015:129). For å konkretisere oppgaven har jeg intervjuet, transkribert og analysert data fra informanter fra 6 ulike klinikker i et sykehus. Jeg har også lest og studert relevant litteratur for å få en bredere forståelse av temaet, og dette til sammen vil gi svar på problemstillingen.

### ***1.3.2 Begrepsavklaring***

Det er nyttig å få avklart hva jeg mener med de ulike begrepene jeg har brukt og jeg har gitt en kort avklaring av begrepene brukt i problemstilling og forskningsspørsmålene mine.

I følge Statistisk sentralbyrå<sup>1</sup> er «*offentlig sektor*» todelt. En forvaltningsdel og en foretaksdel. Helseforetak og sykehusene inngår i forvaltningsdelen.

Store Medisinske leksikon<sup>2</sup> definerer «*helseforetak*» slik: «Helseforetak, samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF), opprettet etter at staten tok over ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002.»

---

<sup>1</sup> <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/offentlige-finanser>

<sup>2</sup> <https://sml.snl.no/helseforetak>

Store Medisinske leksikon<sup>3</sup> definerer «**sykehus**» på denne måten: «Sykehus, institusjon som undersøker og behandler syke personer og fødende kvinner, og som gir pasienter opphold så lenge undersøkelsen eller behandlingen krever spesialisert helsehjelp. Etter spesialisthelsetjenesteloven skal også sykehusene medvirke ved forskning og ivareta opplæring av helsepersonell, pasienter og pårørende

Med begrepet «**klinikk**»<sup>4</sup> definerer Wikipedia dette som større enheter som er over avdelingsnivå på et sykehus. En klinikk har flere avdelinger og dekker en eller flere medisinske spesialiteter. En leder for dette kalles «**klinikkleder**»

Med begrepet «**ledere**» mener jeg en person som leder noe, er sjef eller er en organisasjons leder (Kaufmann og Kaufmann: 2015:454-456).

Med begrepet «**mellomleder**» mener jeg som er leder på ett eller flere nivå under toppledelsen og ett nivå over medarbeidere (Rydland:2015).

Med begrepet «**hemmere**» mener jeg hva som er til hinder og bremser opp innovasjonsprosessen. Det kan også bety «hindre noe i å virke, utvikle, utfolde seg fritt<sup>5</sup>»

Med begrepet «**fremmere**» mener jeg hva som bidrar til og driver frem prosessen til en innovasjon. Det kan også bety å «føre til, legge vilkårene til rette for, stimulere, generere<sup>6</sup>»

Med begrepet «**innovasjon**» mener legger jeg til grunn definisjonen fra *St.meld. Nr.7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge* og den er som følger: «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier».

#### **1.4. Avgrensing**

Jeg har i denne oppgaven avgrenset den til å omhandle hva som hemmer og fremmer innovasjonsaktiviteten ved et universitetssykehus i Norge. Utvalget mitt består av totalt 13 informanter, derav 12 ledere ved sykehuset, på ulike klinikker, ulike ledernivåer og fagbakgrunn, samt at jeg har ett intervju med informanter fra et Regionalt Helseforetak (RHF). Jeg har avgrenset oppgaven ytterligere med å se på mellomleders oppfatninger og perspektiver på deres rolle i innovasjonsarbeidet i sykehuset. Etter søk på relevant

---

<sup>3</sup> <https://snl.no/sykehus>

<sup>4</sup> <https://no.wikipedia.org/wiki/Klinikk>

<sup>5</sup> <http://www.betydning-definisjoner.com/Hemme>

<sup>6</sup> <http://www.betydning-definisjoner.com/fremme>

forskningsslitteratur om dette temaet, fant jeg at det ikke er mye forskning på dette ennå. Det er, etter det jeg kan finne, kun et par vitenskapelige artikler som omhandler hemmere og fremmere innad i et sykehus (Kim & Chung: 2017, Sommerbakk: 2016). Det meste av forskningen som jeg har funnet, omhandler hemmere og fremmere på overordnet nivå, i offentlig sektor og litt om hemmere og fremmere av innovasjon i helsesektoren. Jeg håper at denne oppgaven kan være et lite bidrag til å øke forståelsen innen dette feltet. Det er noe forskning om temaet, og det blir diskutert i oppgaven fortløpende.

Oppgaven er en kvalitativ casestudie, med dybdeintervju. For å belyse forskningsspørsmålene har jeg brukt semistrukturerte dybdeintervju med mine informanter. Jeg har etter beste evne forsøkt å få et jevnt utvalg av menn og kvinner å intervju fra sykehuset. Dette for å få et mer kjønnsbalansert syn på innovasjon i sykehuset. Det viste seg vanskelig å få til og utvalget mitt endte til slutt opp med fire kvinner og åtte menn. Mine informanter er av ulik alder og har ulik erfaring og er på ulike ledernivå. Dette er med på å gi den bredden jeg ønsker. I tillegg har jeg et intervju med kvinnelige ledere fra det regionale helseforetaket. Det har tatt tid å intervju, transkribere og analysere dataene i etterkant. På grunn av størrelse på oppgaven og gjennomførbarheten, det først besluttet at 10 informanter samt et intervju med ledere fra det regionale helseforetaket skulle kunne gi meg et tilstrekkelig bilde av fenomenet som jeg skulle forske på. Etter en gjennomgang av resultatene kom jeg fram til at jeg burde innhente ytterligere informasjon, og dermed gjennomførte jeg to intervjuer til. Dette ga meg mer av den informasjonen jeg var ute etter.

De artiklene jeg har funnet om hemmere og fremmere av innovasjon i offentlig sektor snakker om offentlig sektor generelt, og de nyeste peer-review artiklene handler om innovasjon i helsesektoren. Det er ikke fullt så mange som har sett på hemmere og fremmere i helsesektoren, men det er nevnt i de fleste artiklene på et eller annet vis. De aller fleste artiklene jeg har funnet er på organisatorisk nivå som Moreira et al:2017 med flere, og det er lite litteratur som ser på hemmere og fremmere innad i et sykehus. Organisatorisk nivå innebærer implementering av nye organisatoriske metoder, administrativ organisering som for eksempel nye databaser. Innovasjoner i helsevesenet er vanligvis nye tjenester, nye måter å jobbe på eller ny teknologi (Moreira et al:2017). Jeg blir å diskutere dette senere i oppgaven. Jeg har likevel funnet noen aktuelle artikler om hemmere og fremmere av innovasjon i helsesektoren, som jeg blir å diskutere i oppgaven som Safari:2014, Schultz et al:2012, Sommerbakk et al:2016, Bergsland et al:2014 med flere. De fleste artiklene er

utenlandske, og kan ikke direkte oversettes til det norske helsevesen i sin helhet, men noe er generelt for alle. Jeg blir å undersøke om det er noe i litteraturen som kan stemme for norske forhold. Om det så er tilfelle, vil det også være et lite bidrag fra min side. Det er, etter det jeg har funnet, ikke veldig mye forskning om hemmere og fremmere av innovasjon innad i et sykehus. Noen rapporter om innovasjon i offentlig sektor og helsevesenet i Norge er det, men disse er ikke peer review. Jeg kommer gjennom oppgaven å skrive de begrensningene og valgene jeg har tatt, og forklare hvorfor.

### ***1.5. Oppbygging av oppgaven***

Innledningen gir en begrunnelse for problemstillingen. I kapittel 2 avklares hva begrepet innovasjon er, jeg diskuterer ulike typer innovasjon, og beskriver litteratur om hva som hemmer og fremmer for innovasjon i offentlig sektor og helsesektoren. Jeg presenterer to ulike modeller for mellomleders rolle i innovasjonsarbeidet og hvilken betydning mellomlederen har for dette arbeidet. Hovedvekten vil være om leders perspektiv om innovasjon. I Kapittel 3 gjør jeg rede for forskningsdesignet og forskningsstrategien. Her beskriver jeg de kriteriene som jeg satte for utvalget av informantene. Jeg har begrunnet de metodiske valgene som er gjort, før jeg tilslutt sier noe om styrker og svakheter ved den valgte metoden. I kapittel 4 fremgår resultatene og refleksjoner om temaet. Kapittel 5 omhandler diskusjon, oppsummering. Sist, men ikke minst i kapittel 6 kommer konklusjonen og refleksjon.

## **2.0 Teori**

I dette kapitlet presenterer jeg hva som ligger i begrepet innovasjon, samt hva som er de største utfordringene av innovasjon innad i et sykehus. Jeg beskriver mellomleders rolle som vil bli diskutert videre i oppgaven. Til slutt oppsummerer jeg hvilke hemmere og fremmere jeg har identifisert så langt og hva jeg forventer å finne i mine resultater.

De Vries, Bekkes og Tummers (2016) refererer til blant andre Walker (2014) som påpeker at det har vært en økende interesse for innovasjon i offentlig sektor, og at det er mange som omfavner ideen om at innovasjon kan bidra til å forbedre offentlige tjenester. Det er flere forskningsartikler som støtter opp dette, blant annet Schultz et al (2012), Moreira et al (2017), Birken et al (2015) med flere. Ruiz-Jimènes og Fuentes-Fuentes (2016) hevder at en

organisasjon er avhengig av leders evne til forandring for å imøtekomme framtidens utfordringer. Innovasjon er sett på som kritisk suksessfaktor for en organisasjons konkurransevne og overlevelse (Salaman og Storey:2002)

Jeg håper at denne oppgaven kan være et bidrag til forståelsen av hemmere og fremmere for innovasjon innad i et sykehus. I følge en rapport skrevet av Thune (2015) for Senter for teknologi, innovasjon og kultur om «Sykehus som innovasjonsarena» sier den at sykehusene i Norge har et bredt innovasjonsoppdrag og er bidragsytere til mange faser i innovasjonsprosessene. Rapporten har funnet at forskningslitteraturen om sykehus og innovasjon er begrenset, og at mye av litteraturen omhandler sykehusets rolle er å oppskalere, spre og implementere nye løsninger. Det er forsket lite på sykehusets bidrag til å generere nye produkter og tjenester, og det lille som har blitt forsket på finner at sykehusene i seg selv er viktige steder for nye ideer, både produkter og tjenester, gjennom forskning og utdanning. Thune (2015; s.10) har funnet at personer i lederroller deltar i større grad og er mer motiverte for å jobbe med innovasjon sammenlignet med personer i kliniske og pasientnære roller. Kim & Chung (2017) påpeker at det har vært forsket en del på leders rolle i innovasjonsarbeid, og lite på individ nivå og deres motivasjon for innovasjon. Dette bekreftes av Ruiz-Jimènes og Fuentes-Fuentes (2016).

### ***2.1 Definisjon av innovasjon***

For å kunne diskutere hva som hemmer og fremmer innovasjon i ulike klinikker i et sykehus er det først nødvendig å definere hva innovasjon faktisk er. Det eksisterer et utall ulike definisjoner av innovasjon, og i dette avsnittet presenterer jeg kort noen av disse definisjonene på innovasjon som jeg har hentet fra ulike kilder. Deretter presenterer jeg den som jeg blir å benytte i resten av oppgaven. De fleste definisjonene jeg refererer til, har jeg funnet i sammenheng med offentlig sektor (som for eksempel St.mld 7, Direktoratet for IKT, Kommunenes sentralforbund) og i vitenskapelige artikler om innovasjon i offentlig sektor (som for eksempel Albury:2005, Potts og Kastle:2010). Noen definisjoner på innovasjon har jeg funnet i artikler som omhandler helsesektoren (som for eksempel Birken et al:2012, Barnett et al: 2011), Maher, Plsek og Bevan: 2009). Flere av disse definisjonene kan nok benyttes både i privat, offentlig og helsesektor, i og med at dem er ganske generelle.

Det finnes mange forskjellige definisjoner på hva innovasjon faktisk er, og jeg har samlet noen av disse i en tabell under:

Referanse	Definisjon av innovasjon
St.meld. nr. 7 (2008-2009) - Et nyskapende og bærekraftig Norge  (offentlig sektor)	Innovasjon er en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier.
Direktoratet for IKT (DIFI)  (offentlig og privat sektor)	Innovasjon er å fornye eller lage noe nytt som skaper verdi for virksomhet, samfunn eller innbyggere. Formen er eksperimenterende og løsningen er ikke kjent på forhånd.
Kommunenes sentralforbund  (offentlig sektor)	Innovasjon er noe nytt og nyttig som er tatt i bruk og skaper verdi.
Birken et al (2012)  (helsesektor)	Refererer til Rogers (2003) som definerer innovasjon slik: «An innovation is an idea, a practice, or object that is perceived as new by an individual or another unit of adoption»
Maher, Plsek og Bevan (2009)  (offentlig og helsesektor)	Innovasjon er å gjøre ting annerledes og gjøre andre ting for å skape dramatiske forbedringer i tjenestene.
Albury (2005)  (offentlig sektor)	Successful innovation is the creation and implementation of new processes, products, services and methods of delivery, which result in significant improvements in outcomes, efficiency, effectiveness or quality.
Barnett et al (2011)  (helsesektoren)	The intentional introduction and application within a role, group or organization of ideas, processes, products or procedures, new to the relevant unit of adoption, designed to significantly benefit the individual, the group or the organization or the wider society
Jacobsen og Thorsvik (2014:367) (offentlig og privat)	Innovasjon kan sees på som en spesiell form for læring, der kunnskap benyttes for å introdusere noe nytt i organisasjonen
Johannessen, Olsen og Skotvik (2013:25)  (offentlig og privat)	Innovasjon, sier Isaksen og Tidd (2006:53-54), «has been concerned primarily with the organizational processes and tools necessary to translate ideas into new processes, products, services or businesses»

Potts & Kastle (2010) (offentlig sektor)	Schumpeters definition of innovation as new products, services, connections, processes, business models, markets or sources of supply that provide a competitive advantage to an organization
Walker, RM., Damanpour, F., Devece C A. (2011) (offentlig sektor)	Innovation is generally defined as the generation (development) or adoption (use) of new ideas, objects, or practices.
Kim & Chung (2017) (privat sektor)	Innovation is generally defined as new technology, service or process that is aimed at improving individual and organizational performance (Klein, Conn & Sorra:2001)
Statistisk sentralbyrå (2011:23) Offentlig og privat sektor)	En innovasjon er en gjennomføring av en vesentlig endring i måten organisasjonen opererer på eller i de tjenester den leverer. En innovasjon skal være ny for organisasjonen, selv om den kan ha blitt utviklet av andre.
KS FoU (2017:10) (offentlig sektor)	Innovasjon i offentlig sektor: «En ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som utvikles i offentlig sektor eller ta i bruk av en offentlig aktør for første gang»
Costa (2016) (Helsesektoren)	The definition of innovation in healthcare adopted here includes the introduction and intentional application of new ideas, processes, products, or procedures within a goal, purpose, group, or organization and whose adoption is relevant to the unit that adopts them and which that will significantly benefit the individual, group, or society at large
Kissi (2012) (privat sektor)	Her refereres det til Van De Ven (1986) som “the development and implementation of new ideas by people who over time engage in transactions with others within and institutional context”
Moreira et al (2017) (offentlig sektor og helsesektor)	Her refereres det til Gopalkrishnan & Damanpour (1997): «innovation is the creation and adoption of new ideas, or generally speaking, of something new»

Tabell 1: Definisjoner av innovasjon

Jeg har valgt disse definisjonene for det var de som var beskrevet i den litteraturen jeg har lest om innovasjon i privat, offentlig sektor og i helsesektoren. Det som er felles for disse definisjonene er at innovasjon er noe nytt, gjøre samme ting på nye måter eller skape ny kunnskap. Innovasjon er noe som kan gjøre systemer mer effektive, redusere kostnader, øke livskvalitet med mer. Dette gjelder ikke bare produkter eller teknologiske løsninger, men også

få bedre prosesser, bedre tjenester og bedre løsninger. Innovasjon kan også være hvordan ny teknologi tas i bruk, ifølge Kommunenes Sentralforbund. De sier videre at innovasjon er et nytt produkt, en ny tjeneste en ny arbeidsmåte eller en ny organisasjonsform som er tatt i bruk og skaper verdier. Kim og Chung (2017) sier at innovasjon består av to helt konkrete stadier: adopsjon, som refererer til organisasjonens beslutning om å bruke en innovasjon, og implementering, som refererer til de ansattes konsekvente bruk av innovasjonen etter adopsjonen. I denne oppgaven kommer jeg i all hovedsak til å forholde meg til definisjonen på innovasjon fra St.meld. nr. 7 (2008-2009) - Et nyskapende og bærekraftig Norge: «*Innovasjon er en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier*»,

## 2.2 Ulike typer av innovasjoner

Det finnes ulike nyhetsgrader og typer av innovasjoner som jeg har beskrevet. Se under.

### 2.2.1 Innovasjonsgrad

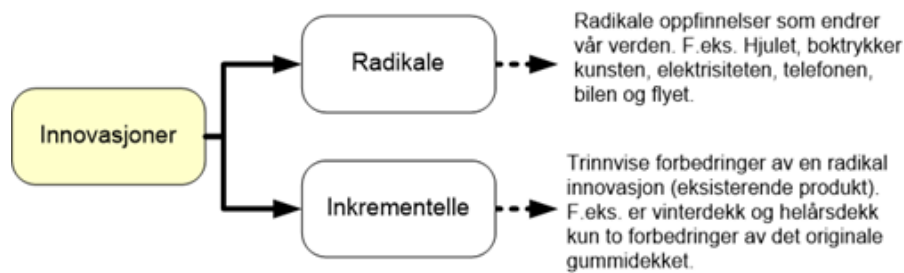
Nyhetsgrad av innovasjon	Definisjon
Radikale innovasjoner	Revolusjonerende oppfinnelser – nye forretningsområder, og produkter fra nye ideer eller teknologi. Johannessen, Olsen og Stokvik (2013:150) sier at dette har en større grad av nyhet som bringes inn i systemet eller som systemet bringer til omverdenen.
Inkrementelle innovasjoner	Marginale, trinnvise forbedringer av et produkt eller tjeneste. Johannessen, Olsen og Stokvik (2013:150) beskriver dette som små skritt som oppleves som nye for den eller de som tar dem i bruk, og er nært knyttet opp mot kontinuerlige forbedringer

Tabell 2: Innovasjonsgrad

Innovasjoner som endrer vår hverdag er radikale innovasjoner, mens inkrementelle innovasjoner kjennetegnes ved at det bygges på eksisterende produkter og tjenester (jf. figuren under). Hensikten med innovasjon er å fremme verdiskapningsprosessen i organisasjonen (Johannessen, Olsen og Stokvik: 2013:150). Foyn (2011) har i en rapport om innovasjon i offentlig sektor, funnet at offentlig sektoren har generelt et høyt innovasjonsnivå. I rapporten står det videre at en stor del av innovasjonene i den offentlige sektor er inkrementelle, og det er mest de sentrale myndighetene som står for de radikale



innovasjonene som er rapportert. Når det kommer til service/tjenesteinnovasjon så er det dette som er mest vanlig i form av nye prosedyrer og metoder innad i sykehus (Moreira et al:2016)



Figur 1: Radikale og inkrementelle innovasjoner (eStudier.no, 10.3.2016)

Grünfeld et al (2016:44) referer til Fagerberg (2005) som sier at selv om det er viktig å opprettholde skillet mellom inkrementell og radikal innovasjon, er det viktig å være klar over at begge inngår i en dynamisk og gjensidig avhengig forhold hvor inkrementell innovasjon blant annet utgjør viktige forutsetninger for sjeldnere og mer gjennomgripende innovasjoner. Ghaferi et al (2016) beskriver, blant flere, en ny innovasjon, en ny metode der ny teknologi har blitt tatt i bruk i helsevesenet i USA som har forbedret pasientsikkerheten betydelig de siste årene. Denne teknologien kalles laparoskopisk kirurgi, som er mindre invaderende, der kirurgene kan utføre avanserte operasjoner gjennom et lite kutt i huden (kikkehullskirurgi). Dette er et eksempel på en radikal innovasjon som kommer pasientene til gode og skaper verdier, og som har blitt implementert med suksess (Kim & Chung:2017) Nylige innovasjoner innen offentlig helsesektor i USA har resultert i en forlengelse av livet med 25 år, hevder Lister et al (2017). Utviklingen av medisinsk utstyr har gitt enorme positive effekter for pasienter, til tross for de barrierer som er tilstede. (Bergsland et al: 2014)

### 2.2.2 Innovasjonsformer

I følge eStudier, eksisterer det ulike former for innovasjon. Jeg presenterer de ulike definisjonene i en tabell. Disse formene for innovasjoner kan enten være inkrementelle eller radikale.

Type innovasjon	Definisjon

Tjenesteinnovasjon	Nye måter å fremstille eller distribuere produkter eller tjenester på. Dette blir også kalt serviceinnovasjon.
Produktinnovasjon	Nye produkter eller nye kvaliteter ved produkter
Prosessinnovasjon	Ny metode for produksjon, dette inkluderer ny måte å håndtere kommersialiseringen av varer på
Markedsinnovasjon	Åpning av nye markeder
Råvareinnovasjon	Leiting etter nye kilder for råmateriale eller midlertidig input.
Organisasjonsinnovasjon	Organisering av en bransje

Tabell 3: Ulike innovasjonstyper (hentet fra eStudier, 4.11.2017)

De Vries et al (2016) har i en review artikkel identifisert fem ulike innovasjonstyper. De er stort sett det samme som listet ovenfor, nemlig Prosessinnovasjon- interne prosesser, Administrativ prosessinnovasjon – ny organisering, nye ledelsesmetoder og teknikker, Teknologisk innovasjon – ny teknologi, Produkt/serviceinnovasjon – nye produkter eller tjenester, Organisasjonsinnovasjon – nye måter og metoder for å møte spesielle sosiale utfordringer og Konseptuell innovasjon – nye konsepter, nye paradigmer. Kim & Chung (2017) har en tredeling av innovasjonstyper i sin artikkel om innovasjon innad i en organisasjon. Den første er teknologi og prosess-innovasjon: å ta i bruk nye informasjonssystemer for eksempel, den andre er service og produkt-innovasjon: å ta i bruk nye metoder og løsninger eller produkter, og den siste er administrativ innovasjon: opplæringsprogrammer, forbedring av arbeidsmiljøet. Moreira et al (2016) har i sitt studie funnet en korrelasjon mellom organisasjonsinnovasjon og prosess –og service/tjenesteinnovasjon.

Foyn (2011) har funnet at organisasjonsinnovasjon er utbredt i offentlig sektor, men at den mest utbredte innovasjonstypen er tjenesteinnovasjon, som å introdusere nye eller vesentlige forbedrede tjenester, og at dette stemmer også like bra for helsesektoren. Helseindustrien virkelig trenger å åpne opp dørene til industrien og til pasientene de sørver. Men helsevesenet har en tendens til å sabotere ny teknologi og nye måter å gjøre samme ting på (Christensen et

al: 2000). Forfatterne sier at

*«powerful institutional forces fight simpler alternatives to expensive care because those alternatives threaten their livelihoods.(...) This resistance to low-cost alternatives is understandable, but it's not in the best interest of the industry or the patients it serves».*

Radikale innovasjoner kommer snikende nedenfra og opp, mens de dominerende aktørene i markedet er mest opptatt av å forbedre sine produkter og tjenester. De går dermed glipp av enklere, mer praktiske og mindre kostbare produkter og tjenester som har blitt utviklet for å nå den nedre delen av markedet. Disse produktene eller tjenestene forbedres over tid slik at de møter behovene til mesteparten av brukerne. Helsevesenet trenger å transformeres radikalt. I stedet for komplekse, høykostnads institusjoner og dyre spesialister, trengs det å se på helsevesenets organisering på en helt ny måte (Christensen et al:2000). For at bedrifter og organisasjoner skal være innovative for fremtiden må de tenke utenfor egne produkter/tjenester og utenfor sine egne fire vegger. Chesbrough (2011:2-4) lister opp fire konsepter som er nødvendig for å få til innovasjon og vekst:

- Du må tenke på din bedrift som en tjeneste for å oppnå profitt og vekst.
- Innovatører må samarbeide med kundene for å utvikle mer meningsfulle opplevelser for kunden, som da vil få mer enn de virkelig ville ha.
- Åpen innovasjon akselererer og utdyper tjenesteinnovasjon og vekst ved å promotere spesialisering med kunder, leverandører, og andre interessenter som har med virksomheten å gjøre. Dette resulterer i flere valg og variasjoner for kunden.
- Effektive tjenesteinnovasjoner trenger nye bedriftsmodeller som profitterer fra innovasjonsaktivitet internt og stimulerer til ekstern innovasjonsaktivitet som tillegger virksomheten en verdi for ens egen bedrift.

### **2.3 Leders rolle for innovasjon**

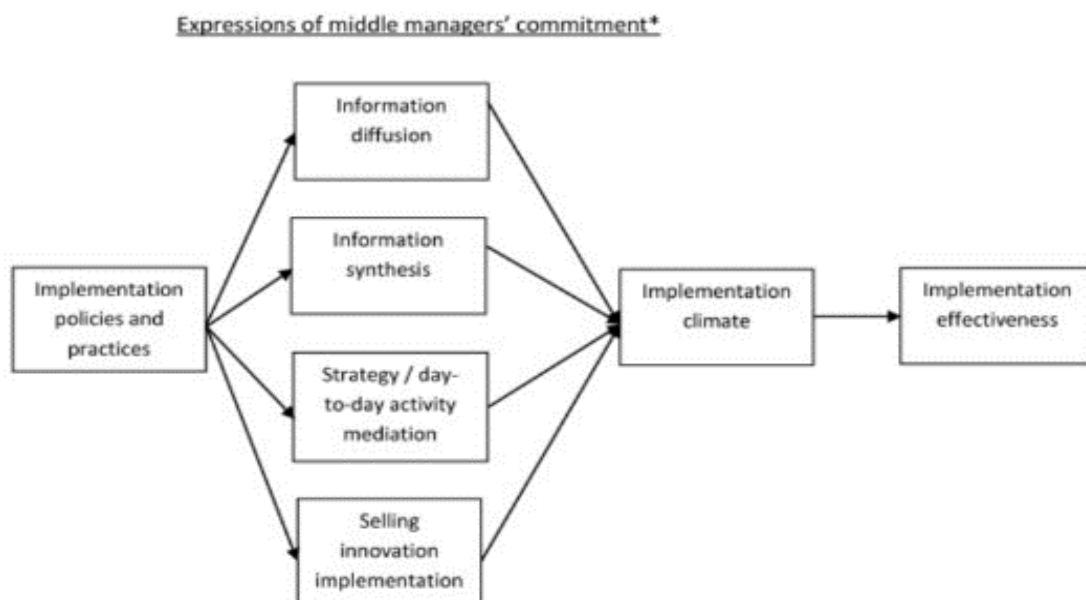
I denne oppgaven fokuserer jeg på hva mellomledere og deres klinikker, og hva de ser på som hemmere og fremmere for innovasjon i sin klinikk. Men hva er så en mellomleder? Rydland (2015) referer til Stensaker et al (2011) at mellomlederen ofte er den som blir ansvarlig for å skape endringer i organisasjonen, og det forventes at mellomlederen opptrer strategisk og være et bidrag som kompetente endringsagenter innenfor store omstillingsprosesser.

Hennestad og Revang (2017;57) hevder at om en skal endre en organisasjon, må en ha medarbeiderne med seg, og derfor bør en ha en felles forståelse av en alternativ fremtid som er forskjellig fra dagens situasjon. Endringsledelse er et begrep for ledelse av og i en rekke

forskjellige grader og typer av endringer i organisasjoner, som for eksempel innføring av nye innovative løsninger er. Lederne har store utfordringer og oppgaver i en endringsprosess. Toppleders oppgave er å “diagnostisere” og håndtere de ansattes reaksjoner i endringsfaser/omstillingsfaser, og toppleder må være strategisk og ha et blikk rettet mot omgivelsene (Kaufmann og Kaufmann, 2015: 382). Jeg blir i denne oppgave å se nærmere på teorien utviklet av Birken et al (2012), «The theory of middle managers»

### 2.3.1 The Theory of middle managers

Birken et al (2012) har utviklet en modell «The Theory of middle managers» som har fire hovedtrekk som mellomledere har vist seg viktig i forhold til implementering av innovasjon. Se figuren som illustrerer modellen.



\*Middle managers' influence on healthcare innovation implementation may be positive or negative.

Figur 2: The middle managers role theory (Birken et al (2012))

Modellen er delt opp i fire ulike roller som mellomlederen har, og disse rollene er:

1. Spredning av informasjon – Mellomledere formidler fakta og gir ansatte nødvendig informasjon om innovasjonsprosessen.
2. Syntesering av informasjon – Mellomledere integrerer og oversetter fakta, lager generell informasjon som er relevant til organisasjonen og de ansatte

3. Formidling mellom strategi og daglige aktiviteter – Mellomledere identifiserer oppgaver som er nødvendig for å implementere innovasjonen og gir de ansatte nødvendige ressurser og verktøy for å få det til.
4. Mellomledere rettferdiggjør og selger ideen om innovasjonsprosessen, og oppmuntrer de ansatte konsekvent og effektivt til å bruke innovasjoner.

Modellen som er beskrevet er med utgangspunkt i amerikansk helsevesen, men kan like gjerne brukes i norsk helsevesen. Teorien til Birken et al tar kun for seg forholdet mellom mellomleders forpliktelser for implementering av innovasjon innen helsetjenesten og hvor effektivt dette implementeres. Teorien, ligger, ifølge Birken et al (2012) kun på det organisatoriske nivået. Birken et al (2016) har i senere utdypet denne modellen, med å forklare hvordan undersøkelsen ble gjennomført og en nærmere beskrivelse av funnene er gitt.

I følge Rydland er «mellomledere definert som ledere på ett eller flere nivå under toppledelsen og ett nivå over medarbeiderne». Isomäki (2017) skriver at «*middle management is often considered the informational valve of the organization, and thus for innovation, it can either be a restricting bottleneck or a gateway to immense potential*». Isomäki definerer mellomledere som krysspunktet mellom folket på gulvet og ledelsen, og de er de som har myndighet til å ta fatte beslutninger opp til et visst punkt, og samtidig har legitim innsikt fra «de på gulvet».

Ledelse er en av de mest sannsynlige viktigste faktorene som forbindes med stor-skala radikale organisasjonsendringer (Gutberg og Berta:2017). Strategiske endringer kommer sjelden alene i moderne organisasjoner, men endringene er overlappende og parallelle, hevder Rydland (2017). Å ta i bruk ny innovasjon handler om å lede en forandringsprosess. En ny innovasjon innebærer normalt sett en grad av endring i forhold til den eksisterende situasjonen, og dette kan ofte føre til at noen medarbeidere kan motsette seg dette (Roos et.al:2014). Suksess med innovasjon krever en sterk forpliktelse fra alle nivåer i organisasjonen, fra toppledelse til medarbeidere (Kim & Chung:2017).

Transformasjonsledere, som ikke er redd for å ta risiko for å utvikle innovative tilnærminger for å bekjempe dagens trusler, trengs innen offentlige helsetjeneste (Lister et al:2017). Å få til endring og innovasjon krever motivasjon fra ledelse og ansatte (Kim & Chung:2017).

Transformasjonsledelse er en måte å lede på. Det går ut på at ledere får medarbeiderne til å jobbe mot en felles hensikt og visjon, som igjen fører til at de føler begeistring og interesse

for et felles mål (Johannessen og Olsen, 2010; 22). For å skape vellykkede innovasjoner er mennesket den største ressursen (Tidd, Bessant og Pavitt: 2005;466-513). På et personlig plan har innovasjon alltid vært forbundet med eksepsjonelle personligheter som kombinerer energi, entusiasme og kreativ innsikt for oppfinnelser og for å fremme nye konsepter.

Implementeringsprosessen antas å være påvirket på individnivå i den grad en medarbeider oppfatter en innovasjon som positivt for seg selv eller for sitt arbeidsmiljø (Kim & Chung:2017)

For å jobbe med innovasjon vil ledelsens rolle ha stor betydning (Ruiz-Jiménes et al:2016). Det viktig at de ansatte som faktisk gjør jobbene får være med i beslutningsprosessene (Long et al:2015). Og med mer likestilling i beslutningsprosessene kan forbedre og inspirere teamarbeidet. Tidd, Bessant og Pavitt (2005;466-513) sier at innovasjon i økende grad er om teamarbeid, der tverrfaglighet gir ulike kreative perspektiver. Utfordringen for ledere er hvordan få til en slik organisasjon der innovativ atferd kan blomstre. Det trengs langsiktighet og tålmodighet fra leders side, og det trengs ledelse som tilrettelegger for kreativitet og innovasjon så vel som å være direkte involvert i prosjektene. Ledere har også en viktig rolle i det å utvikle en kultur for innovasjon. Tidd, Bessant og Pavitt sier er at uansett hvor utviklet systemene er for å definere og utvikle innovative produkter og tjenester, så hjelper det ikke om de omkringliggende omgivelsene ikke er mottakelig. Å få til dette, er ikke enkelt, det innebærer en organisatorisk struktur og prosess som tilrettelegger for at teknologiske endringer kan florere.

Rydland (2015) har forsket på mellomleders rolle i endringsprosesser og forskningen hennes tyder på at en mellomledere ser på sine roller som iverksettere av den planlagte endringer på tre ulike måter. *Markedsbeskytter* – der hovedfokus er på nåværende marked og kunderelasjoner. *Fasilitatoren* – setter seg gjerne inn i toppleders posisjon, og fasilitatoren skaper mening av den strategiske beslutningen som er tatt. *Fornyere* – som legger vekt på hele tiden fornye og utvikle organisasjonen både innad og utenfor rammene av organisasjonens strategi. Rydland hevder at mellomlederens ulike oppfatning av sin rolle som mellomleder påvirker hva de gjør, resultatene de oppnår og hvordan de bidrar til å endre organisasjonen.

Endring, som innovasjon som oftest innebærer, er ikke enkelt å få til, og vi mennesker har en naturlig frykt for endring (Hennestad og Revang;2017: 183-184). Etter det jeg har lest meg fram til fra ulike artikler og lærebøker, er det enighet om at leders og mellomleders betydning

for innovasjon er stor. Det jeg har funnet av forskning innad i en organisasjon er fra Kim og Chung (2017).

#### ***2.4 Hemmere og fremmere for innovasjon i sykehus***

I dette avsnittet presenterer jeg noe om hva forskningen sier om hva som hemmer og fremmer for innovasjon i offentlig sektor, og spesielt helsesektoren. Hernes og Røste (2005) skriver at det er noen sammenhenger som enhver innovasjon før eller senere blir konfrontert med; organisasjon, teknologi, finansiering, regelverk og marked. Det er ikke bra å ha for hyppige innovasjoner, for en organisasjon trenger å stabilisere seg og ha ressurser rundt nøkkelsatsinger. Forfatterne skriver videre at det er konkurranse om oppmerksomhet, og de beste ideene vinner ikke nødvendigvis fram. De ideene som får størst oppslutning i de toneangivende foraene i organisasjonen. I følge Grund (2000) er sykehus høyteknologiske kunnskapsbaserte virksomheter som må tilpasse seg de politiske økonomiske rammene. Grund sier videre at sykehusene har vært styrt av en kombinasjon av hierarkisk regulering og sterk profesjonskontroll. Han sier også at det er viktig å forstå den rollen profesjonene og den medisinske teknologien betyr for virksomheten til sykehuset. Ikke minst er det viktig å forstå helsepersonellens «tredobbelte rolle»: som agent for pasientens interesse, som advokat for egne faginteresser og som advokat for samfunnets helsepolitikk. Han sier også at budsjettammer og byråkrati er hindringer for å imøtekomme pasientens behov.

Thune (2015) hevder at det er mange sykehusansatte har barrierer mot å jobbe med innovasjon, og at dette er begrenset med tid og ressurser til å jobbe med utvikling av nye ideer på sykehusene. Rapporten viser samtidig til at mange ansatte opplever at ledelsen er pådrivere for innovasjon og at det gis personlige insentiver til å jobbe med dette. Annen forskning bekrefter dette som sier at toppledelse og ledelse for øvrig spiller en kritisk rolle i å oppmuntre medarbeidere til å implementere og ta i bruk innovasjoner, og dette gjøres med strategier og praksis (Kim & Chung:2017, Gutberg og Berta:2017, Ruiz-Jiménes et al:2016).

Evnen til å arbeide på nye måter viktig for at helsetjenesten skal lykkes i fremtiden, spesielt fordi ressursene kommer til å bli begrensede (Birken et al:2017). Herzlinger (2006) nevner tre måter som kan gjøre helsetjenester bedre og billigere. Den ene endrer måten kundene (pasientene) kjøper og bruker helsetjenestene på. Den andre bruker teknologi til å utvikle nye produkter og metoder som forbedrer behandlingen. Den siste måten genererer nye forretningsmodeller, og spesielt for de som har horisontal eller vertikal integrasjon av separate helse organisasjoner eller aktiviteter. Pasientbrukermedvirkning kan bidra til å gjøre

helsetjenesten mer brukervennlig. Sensorer som er implantert under huden hos pasientene kan overvåke deres helsetilstand bedre. I USA er helsetjenesten fortsatt svært fragmentert, hevder Herzlinger, og ved å tenke mer innovativt på denne organiseringen kan det komme pasientene til gode.

Organisasjoner og systemer med en kultur som fremmer innovasjon er ofte også flinkere til å spre sine forbedringer. Innovasjon i helsesektoren dreier seg om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester. Innovasjon skal føre til kostnadseffektive prosesser, bedre organisatoriske løsninger og gode pasientforløp (Barnett et al 2011). Kunnskap, oppfinnelser og ideer må videreutvikles til noe som har nytteverdi. For sykehus vil forskningsbasert og/eller brukerdrevet innovasjon være deres innovasjonsvirksomhet. Formålet er å bedre kvaliteten i helsetjenestetilbudet, mer effektivisering, kostnadsreduksjon og næringsutvikling (Moreira et al:2017). I følge Herzlinger (2006) har helsevesenet (i USA) et stort forbedringspotensial, siden det er lite effektivt og lite brukervennlig.

Det å lede et sykehus er vanskelig fordi det er lederne som har hovedansvaret for å tilpasse organisasjonen til de politiske og økonomiske rammene og de kravene og de forventningene som kommer fra pasienter og helsepersonell. Helseledere trenger mer kompetanse, blant annet innen strategisk tenkning, personalplanlegging, økonomistyring, og logistikk (Grund:2000). Gjennom god ledelse kan det skapes rom for at den enkelte ansatte får utnytte sin erfaring, kreativitet og fantasi som kan bringe sykehuset fremover. Katz (1974) definerer, ifølge Ruiz-Jiménes et al (2016) menneskelige evner som evnen til å arbeide effektivt med mennesker og til å konstruere et klima for samarbeid og trygghet på at medarbeidere har nok tillit til å kunne uttrykke sine ideer og meninger. Thune (2015) finner at sykehusene er svært sammensatte organisasjoner, med mange forskjellige faggrupper og ansatte som har veldig forskjellige betingelser for å jobbe med nye ideer og innovasjon. Det står videre i rapporten fra Thune at det er de som jobber lite med forskning og utvikling i utgangspunktet er de som har de største barrierene enn de som har forskning og utvikling som en av sine hovedoppgaver.

Herzlinger (2006) skriver i en artikkel om hvorfor innovasjon i helsesektoren (i USA) er så vanskelig, og der presenterer hun seks punkter som kan hemme eller fremme innovasjon.

Disse seks punktene er:

1. Industrien – Venner eller fiender som sniker rundt i helsesystemet kan ødelegge eller styrke en innovasjons sjanse for å lykkes.



2. Finansiering – prosessene for å få finansiering i helsesektoren er helt annerledes enn i de fleste andre industrier.
3. Politikk – Lover, regler og forskrifter gjennomsyrrer bransjen, som er der for å beskytte mot inkompetente eller uredelig leverandører som kan gjøre irreversible menneskelige skader.
4. Teknologi- som er grunnlaget for fremskritt i pasientbehandlingen og teknologiinnovasjoner kan gjøre helsevesenet mer effektivt og praktisk.
5. Kunder (pasienter) – Pasientene krever mer og vil ha personlig behandling. Ordet pasient er passivt og utdatert, kunde passer bedre.
6. Ansvarliggjøring – Kravene fra kundene og prispressede betalere krever at innovative helsetjenester ikke bare er trygge, men også kostnadseffektive i forhold til konkurrerende tjenester og produkter.

Det er flere utfordringer knyttet til implementering av innovasjon som blant annet forståelsen til klinikerne og ledelsen, konkurrerende gjøremål i organisasjonen, ikke-brukervennlig teknologi, mislykkede insentiver, organisasjonskultur (McAlearney et al:2016). Selv om for eksempel medisinsk teknisk utstyr endres raskt, er det en innebygget konservativ holdning innen det medisinske feltet som favoriserer «status quo» (Bergsland et al:2014). Teknologi er en nøkkelfaktor for innovasjon i helsevesenet (Moreira et al :2017). Hernes og Røste (2005) sier at før innovasjonen når markedet, må den gjennom en prosess der man har utviklet og arbeidet med ideen om det nye produktet, tjenesten eller metoden - *den såkalte innovasjonsprosessen*. De har også identifisert noen grunnleggende kjennetegn ved innovasjonsprosesser, som at de er sammensatte, de består av mange ulike aktører, de kan vare lenge, utfallet er høyst uforutsigbart, de er risikofylte og det er bortimot umulig å gi noen fasit for suksess.

Birken et al (2012) skriver i sin artikkel om mellomleders rolle i implementering av innovasjon i helsevesenet, og sier følgende “*As middle managers’ responsibility in healthcare organizations increases, their potential influence over innovation implementation grows. Despite their potential influence, middle managers have received little attention in extant healthcare innovation implementation research.*” Artikkelen sier altså at på det tidspunktet artikkelen ble skrevet (i 2012) at mellomleders rolle i innovasjonsarbeidet hadde fått alt for liten oppmerksomhet i forskningen. Dette bekreftes av Engle et al (2017) som sier at til tross for at det har vært liten forskning på mellomleders rolle i implementering av nye metoder og nye måter å gjøre ting på, har mellomlederne en nøkkelrolle i sykehus, og fungerer som

brobyggere mellom toppledelse og folket på gulvet. Kissi et al (2012) skriver at det har vært mer vanlig å forske på ledere på høyere nivå og ikke så mye på mellomledernivå. Borins (2002) viser til studenter som har funnet ut at i offentlig sektor, er strategiske beslutninger om å ta i bruk nye innovasjoner ofte er tatt av toppledelsen og styret i organisasjonen. Det står videre at studentene har oppdaget at mange innovasjoner kommer nedenfra og opp («bottom-up-innovations»). Borins referer til Wilson (1989:227-32) som sier at uansett hvilken innovasjon som oppstår i privat sektor, så kommer den så og si utelukkende fra toppledelsen.

Offentlig sektor er bygget rundt tjenester som av forskjellig grunner ikke egner seg for markedskonkurranse, og trenger ikke i like stor grad å innovere seg for å overleve. Risikoaversjon er en hemmer for innovasjon, samt manglende insentiver for å ta risiko (Grünfeld et al: 2016:51). Generering av innovasjon krever en kultur for kreativitet og mangfold (Johannesen og Olsen: 2010;269). For å oppnå innovasjonssuksess trengs det en klar og tydelig ledelse som viser vei uten å detaljstyre sine medarbeidere (Albury:2005, Ruiz-Jiménes et al:2016). Borins (2002) referer til Wilson (1989:218-26) som skriver at organisasjonssosiologer har kommet fram til at offentlig sektor vanligvis er store byråkratier strukturert for å gjennomføre sine primære oppgaver med stabilitet og konsistens, og dermed motarbeide forandring og endring av nåværende oppgaver. Borins sier videre at offentlig sektor har møtt på utfordringer i den senere tid, som blant annet kravet om å redusere kostnader, og offentlig sektor har sett muligheter, som for eksempel å ta i bruk informasjonsteknologi som har tvunget fram innovasjoner. Helsesektoren har mange ulike interessenter, hver med sin egen agenda. Dette er referert i all hovedsak til helsevesenet i USA, men noe kan generaliseres til også å gjelde for det norske helsevesen (Herzlinger:2006). Jeg blir ikke å gå inn på de ulike interessentene til norske sykehus i denne oppgaven. I USA er det cirka 50 % suksessrate ved implementering av innovasjon (Birken et al:2015). Aasen (2009) referer til Tidd (2011) som hevder at med tanke på at de fleste innovative idéer aldri realiseres til kommersielle suksesser, er det forståelig at noen beskriver ledelse av innovasjon som både vanskelig og risikabelt (Tidd 2001). For å øke dette, kreves det betydelige organisatoriske endringer. De Vries et al (2016) referer til Kumar og Rose (2012) som hevder at den lærende organisasjonen har større innovasjonsaktivitet. Utfordringen i å lede innovasjon er å skape en kultur og en situasjon som stimulerer kontinuerlig innovasjon. Dette er noe som skal føre til vekst og vedvarende konkurransekraft (Aasen:2009).

### **2.4.1 Fremmere for innovasjon**

Det har kommet en del forskning de senere år om hva som fremmer innovasjon i et sykehus (Long et al:2015, Johannessen, Olsen og Skotvik:2013, Birken et al:2015, Lister et al:2017, Engle et al:2017 blant flere). Det å være åpen for nye erfaringer som inkluderer å være nysgjerrig, original, intellektuell, kreativ kan være et positivt karaktertrekk hos den som innoverer (Long et al:2015, Ruiz-Jiménez et al:2016). I den siste tiden har det blitt mer forskning på implementering av innovasjon fordi innovasjonssuksess måles når innovasjonen er tatt i bruk (Kim & Chung:2017, Ruiz-Jiménez et al:2016)

Johannessen, Olsen og Stokvik (2013;149-154.) trekker fram flere generelle ting som fremmer innovasjon. En fremmer vil være kommunikasjonsferdighetene til lederne. Det er tross alt lederne som skal selge inn innovasjoner til alle i organisasjonen. Lederens kunnskapsnivå angående innovasjon har stor betydning for både utviklingen og gjennomføringen av dem. Å øke kompetansenivået hos alle ansatte innen innovasjon er også en viktig faktor som betyr mye for å fremme de gode ideene og innovasjonene. Ansattes oppfatning av innovasjonens betydning for en selv og for organisasjonen er en kritisk faktor når det kommer til implementeringen og ikke minst til resultatene (Kim & Chung:2017)

Involvering av lederne selv i de innovasjonsprosjekter som pågår har også betydning for oppstart og dens grad av suksess. Flere av de gode ideene kan være innen organisering av et sykehus, ledelsesfilosofi, og administrative systemer blant annet. Organisasjoner som holder seg på topp har systematiserte og strukturerte ideer for idegenerering. Innovasjon kan ikke utvikles alene, det fordrer engasjerte og dedikerte medarbeidere for å utvikle ideer. Noen nødvendige forutsetninger må være tilstede for utvikling av innovasjoner, som blant annet utviklingen av et kreativt miljø. Det er viktig at de fleste nivåene og aktørene i et sykehus er med i utviklingen og iverksettingen av de nye ideene. Å ikke skape engasjement hos de ansatte, eller få dem med i prosessene i utviklingen av ideer eller iverksettelse av nye tiltak, kan ofte føre til at organisasjonen sakker akterut (Johannessen, Olsen og Stokvik, 2013:149-154, Kim & Chung:2017).

Det er ikke bare kreative genier som har nye ideer og er kreative, dette er noe alle kan lære seg. Det sies også at kontinuerlige forbedringer er viktige for i neste omgang utvikle innovasjon (Johannessen, Olsen og Stokvik, 2013:149-154). Toppleders støtte til mellomledere er en nøkkelfaktor for at innovasjon skal lykkes (Birken et al:2015, Ruiz-Jiménez et al:2016). Lederne har en dominerende rolle når det kommer til introduksjonen og

adaptasjonen i innovasjonsprosessen, og deres betydning bare øker etter hvert som tiden går (Kim & Chung:2017). Det har vært en mengde suksesser i offentlig helsetjeneste i det 20. århundre. Men at helseinstitusjoner har vært altfor dårlige utrustet til å opprettholde disse suksessene og for å takle de komplekse truslene helsetjenesten står overfor i dag (Lister et al:2017). Birken et al (2015) refererer til Weiner, Shortell og Alexander (1997) som viser til at klinikere er mer involverte i forbedringer når toppledere ga støtte til implementeringsrelaterte prosesser. Birken skriver videre at «*a growing body of evidence suggests that top managers' support influences middle managers' commitment to innovation implementation*». Engasjerte, kreative og «empowered» medarbeidere som har klart å bryte gjennom den risikoaversjonskulturen som råder, er en viktig kilde til innovasjonssuksess (De Vries et al:2016). Om bruken av en ny innovasjon gir endret image og økt sosial status blant andre medarbeidere, øker sannsynligheten for vellykket implementering, hevder Kim & Chung (2017). De sier videre at jo flere som tar i bruk innovasjonen jo mer sannsynlig at også jeg vil gjøre det. Videre står det at ved å bruke «empowering leadership» som involverer medarbeidere i beslutningsprosessene forsterker forholdet mellom leder og medarbeider.

Birken et al (2015) referer til Kirchner et al (2012) som sier at topplers adferd og språkbruk påvirker mellomleders forpliktelse til innovasjon. Dette i tillegg til å formidle direkte til mellomledere at innovasjon har prioritet i organisasjonen, og derfor krever mellomleders fulle oppmerksomhet. Ledelse er nødvendig for innovasjon og økt ytelse i et sykehus, og ledelsesstøtte er en kritisk suksessfaktor for å organisere de nødvendige ressursene for å gjennomføre implementeringen av innovasjonen. Å forske på mellomledere er viktig fordi mellomledere gjør det mulig å fasilitere eller forbedre implementeringen i innovasjonsprosessen. Det trengs for øvrig mer forskning for å se på hvordan mellomledere påvirker effektiviteten av implementeringen (Engle et al:2017). Gutberg og Berta (2017) forsøker å definere hva en mellomleder faktisk er og refererer til McConville (2006), som sier at «*Middle managers are more difficult to distinguish, as the boundaries between levels of hierarchy are often blurred. The exercise is further complicated in organizations with organic structures where demarcation may be ambiguous. As a result, few writers have attempted to define the role. Middle line management is often described in terms of what it is not*».

Ledere kan ikke bare støtte innovasjonsarbeid, men de må også forstå og forplikte seg til innovasjon i et langsiktig forløp. Forståelsen av at implementering av innovasjon i et kortsiktig løp kan lede til forringelse av effektiviteten er også viktig. Ledere må ha et framtidsrettet syn for å se alle mulighetene som innovasjon gir (Fisher og Rohde:2013). Hvis

en medarbeider oppfatter at en ny innovasjon vil gjøre arbeidshverdagen enklere, vil hun lettere være med i prosessen med innføringen. Om innovasjonen bidrar til å forbedre arbeidsinnsatsen, vil det forenkle implementeringsprosessen ytterligere (Kim & Chung:2017).

Thune (2015) har kommet fram til flere fremmere for innovasjon, gjennom å ha studert flere vitenskapelige artikler. Noen av fremmerne generelt sett er at sykehus som stimulerer til læring og nytenkning (en lærende organisasjon) har høyere innovasjonsresultater enn andre. Ansattes motivasjon og den enkeltes muligheter til å utvikle nye tjenester er en annen fremmer for innovasjon, står det videre i rapporten. Dette funnet bekreftes av Grünfeld (2016) som sier at «innovasjonsarbeid i seg selv skaper lærende organisasjoner». Endring krever synlig ledelse som viser vei gjennom sin egen atferd og ikke bare gjennom vedtak og snakk. Offentlig sektor styres ofte av regler, og dette gjør at organisatoriske endringer og individuelle endringer i atferdsmønstre skal oppnås gjennom endring av eksisterende regler eller danne nye. Det er vanskelig å realisere endring uten å jobbe med menneskene i organisasjonen (Hennestad og Revang:2017;55-56).

Ewing Marion Kaufmann Foundation (2015) har skrevet et kort *breif* om hvordan IPR (Intellectual property rights) kan være fremmere og være hemmmere for innovasjon. Hemmende i form at organisasjoner kan sperre for ny utvikling for lang tid framover, gjennom patenter, copyright og varemerkebeskyttelse. Det samme kan også gi muligheter for innovasjon. Myndighetene kan gi økonomisk støtte til innovative bedrifter, og i bytte blir resultatene offentliggjort slik at andre kan bygge på den originale innovasjonen. En god balanse er nøkkelen for å få til innovasjon, dette avhenger av hvordan insentivene oppmuntrer til mer eller mindre innovasjonsaktivitet, og hvor sterk eller svak eksisterende IP rettighetene er. IP rettigheter har vært for dårlig beskyttet for akademikere og sykehus ansatte, som har gjort at forskeren har enten vært nødt til å velge mellom å holde innovasjonen hemmelig eller å publisere resultatene og der med risikere å tape beskyttelsen av IP rettighetene. Organisasjoner som NorInnova, og Iven2, tilrettelegger for samarbeid mellom bedrifter og universiteter/sykehus, og bidrar dermed til å dempe noen av disse barrierene. (Bergsland et al:2014)

#### **2.4.2 Hemmere for innovasjon**

Mange organisasjoner utvikler byråkratiske og rigide regler og prosedyrer. Dette er noe som er med på å hemme kreativitet og innovasjon, og det er også med på å opprettholde dagens tilstand. Et universitetssykehus med mange ansatte, og mange ulike fagretninger, er å regne

som en stor og kompleks organisasjon, og dette kan være hemmende i seg selv for å få til gode innovasjoner (Johannessen, Olsen og Skotvik: 2013:167). Byråkrati er en uegnet organisasjonsutforming når man må tilpasse seg raskt til skiftende omgivelser. Dette fordi byråkrati sjelden endrer seg kontinuerlig i takt med omgivelsene, blir de først konfrontert med behovet for endring når situasjonen har blitt kritisk (Hennestad og Revang :2017;75). Dette bekreftes av Hillestad og Yttri (2016) som hevder at den offentlige sektoren ofte er preget av naturlig rigiditet, som kommer av institusjonalisert praksis og høy grad av profesjonsbasert og historisk kulturell gjennomtrenging. I en sterk hierarkisk organisasjon med begrenset kommunikasjonsflyt er det sannsynlig at kreativiteten og innovasjonsaktiviteten bremses. Om dette er korrekt, vil det å jobbe med innovasjon i et sykehus være problematisk, og det vil kreve noen organisatoriske endringer (Tidd, Bessant og Pavitt: 2005:476). Det er også mange eksterne faktorer som kan påvirke utfallet av innføring og implementering av innovasjoner i helsesektoren. Mangel på en «champion» kan være en hemmer for innovasjon, og dette påvirker igjen implementeringsfasen (McAlearney et al: 2016).

Albury (2005) refererer til McCormick et al (2003) som sier at det er flere ting som kan virke hemmende for innovasjon i offentlige sektor. Korttidstenkning og budsjettering er en absolutt hemmer. For liten kunnskap om innovasjonsprosesser, for få belønningssystemer og insentiver for å innovere eller ta i bruk nye innovasjoner, motstand i organisasjonen for å ta i bruk ny teknologi som er tilgjengelig, for høy avhengighet til dagens klinikere som utøver faget godt, som kilde til innovasjon er også hemmende for innovasjon. Om klinikere ikke tror på en forbedring av dagens situasjon, vil de ikke gjøre de endringene som er nødvendige (McAlearney et al:2016).

Albury (2005) nevner motstand mot å avslutte mislykkede prosjekter, program eller organisasjoner er en hemmer. En annen hemmer som nevnes er kulturen for risikoaversjon i offentlig sektor. Administrative systemer og rutiner trekkes også fram i artikkelen som en hemmer. Om ansatte ikke oppfatter innovasjonen som nyttig for seg selv, eller for organisasjonen, vil de vise motstand mot endring og motarbeide prosessen (Kim og Chung:2017). En av de mest overraskende hemmerne for innovasjon som Kim og Chung har funnet er at kvinner og eldre arbeidere er mindre innovative enn menn og yngre ansatte.

Direktoratet for forvaltning og IKT (difi) hevder at hemmere for innovasjon i den offentlige sektoren er at det er liten risikovillighet, og det er av åpenbare årsaker. Det offentlige forvalter fellesskapets verdier og står til ansvar økonomisk og med krav til kvalitet i tjenesteytingen.

Difi sier også at forvaltningens “nullfeilskultur” - redselen for å gjøre feil, er et hinder for innovasjon. Difi sier videre at for å få til innovative løsninger og nye produkter må en tørre og prøve, teste, feile, lære, utvikle, teste, gjøre om igjen, teste, feile, lære mer og prøve på nytt. All innovasjon innebærer risiko (Albury:2005). Denne risikoen forverres i den offentlige sektoren med to faktorer som kan øke aversjon mot risiko:

1. Innovasjon i den offentlige sektor er oftere eksponert for offentlig kontroll, og gjerne tidligere og før innovasjonen har hatt muligheten for å bli ferdig utviklet – enn det som er tilfellet i private eller frivillig sektor.

2. Risikoen for den enkeltes livskvalitet og samfunnet er generelt betydelig mer når det kommer til offentlig innovasjon.

Foyen (2011) skriver i sin rapport om innovasjon i offentlig sektor at den viktigste hemmeren var mangel på budsjettmidler. For liten tid avsatt til innovasjonsarbeid er også en vesentlig hemmer, samt mangel på insentiver for å få ansatte til å involvere seg. Rapporten har funnet at faren for å feile (risikoaversjon) var lite hemmende. Dette motsier funnene til DIFI og Albury (2005) som mener at «nullfeilskultur» var en av de store hemmerne for innovasjon i offentlig sektor. En annen hemmer i helsesektoren er at det er vanskelig å måle innovasjonsaktiviteten. Dette arbeidet er i startfasen. En rapport fra HoD (2011) om Innovasjonsindikatorer sier at «Globalt er arbeidet med innovasjonsindikatorer i offentlig sektor i startfasen». Dette arbeidet har blitt videreført av Sivertsen (2015) fra NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning), der det nå er et forslag om en ny modell for måling og stimulering av innovasjon i helseforetakene.

For at innovasjon skal ha en sjans til å lykkes, bør det settes sammen ulike nøkkelpersoner, av typen ildsjeler, som har dette som sine oppgaver, og kan fronte nye ideer. Disse personene bør ha dybdekunnskap om sine prosjekter, og vil kanskje kunne løse de problemene som oppstår underveis. Det er en fordel at det finnes en person med myndighet og gjennomslagskraft som i tillegg har troen på prosjektet eller produktet. Det motsatte er selvsagt også tilfelle, om en person overhodet ikke har troen på prosjektet, kan vedkommende stikke kjepper i hjulene, hevder Tidd, Bessant og Pavitt; (2005;474). Hvis ledere presser sine medarbeidere til å implementere en innovasjon over lang tid, kan dette gjøre at medarbeiderne legger mindre og mindre tid og engasjement i å bruke innovasjonen (Kim & Chung:2017)

I en stor rigid hierarkisk organisasjon, som et sykehus er, hvor det er liten integrasjon mellom funksjoner og hvor kommunikasjonen stort sett er top-down og enveis, er det liten

sannsynlighet for å støtte opp om fri informasjonsflyt og kryss-funksjoner og samarbeid som viktige suksessfaktorer (Tidd, Bessant og Pavitt; 2005;474). Bottom-up innovasjon som kommer fra brukerne vil være en kritisk suksessfaktor for å være konkurransedyktig, hevder Dariusz Krzewski i en artikkel. Mellomledere i et sykehus jobber i et sterkt hierarkisk system og sterke profesjonelle faggrupper som leger og sykepleiere.

*«Middle managers have been described as having a ‘semi-autonomous’ role, in healthcare in particular middle managers are beholden to their profession, their patients, and senior management – exemplifying a phenomenon described by some organization scientists as “stuck in the middle” (Gutberg og Berta: 2017).*

Bottom-up innovasjoner krever og skaper ledelse. Innovasjon er ikke bare å komme opp med en god ide, og dermed blir dette implementert i organisasjonen. Innovasjon krever talsmenn og som ofte blir innovasjonen det store samtaleemnet innad i organisasjonen. Ofte blir initiativtakeren til innovasjonen å ha flere roller i innovasjonsprosessen, som det å være talsmann eller å lede selve pilotprosjektet. Fordi de ofte er mellomledere kan de skape en uformell eller en alternativ lederstil (Borins: 2002). Kissi et al (2012) hevder at *«key internal influences on innovation include leadership both on the organizational and project level as well as organizational climate»*. Med andre ord, det trengs ledelse på alle nivå i organisasjonen for å påvirke implementeringen av innovasjon.

I en artikkel av Fisher og Rohde (2013) hevder de at det som oftest er ledelsen som er den største hemmeren for innovasjon og forandring i en organisasjon. De har funnet ut at til tross for toppleders støtte og engasjement for innovasjonsarbeid, kan mellomledere på alle nivå hindre og faktisk motarbeide arbeidet. Motstanden viser seg på to måter, det kan enten være motstand til nye ideer, eller det kan være motstand mot å ta i bruk vedtatte nye ideer.

Forfatterne har identifisert en rekke grunner til at ledere er motstandere av endring, og disse er at «lederne er de som liksom skal komme med de nye ideene» og de føler seg truet om noen andre kommer med gode ideer. «Hvis det virkelig er en god ide, hadde jeg allerede kommet på den», vi mennesker blir fort vant til *status quo*, og ledere som har vært i samme posisjon lenge kan være vanskelig å forandre på. Egoet og forsvarsmekanismen kan slå inn når ideer kommer fra medarbeidere. Her vil en god innovasjonskultur bøte på noe av dette. Mange ledere har ofte et korttidsperspektiv og anser ideer til å være tidstyver i deres daglige virke. Her bør organisasjonen sette av nødvendige ressurser slik at tid ikke setter begrensninger. «Atter en ny til å forholde meg til, jeg bare avventer til det går over av seg selv» - om en



innovasjon ikke har full tillitt hos leder, vil mest sannsynlig feile. Det er en kritisk suksessfaktor at alle ledere på alle nivå har tro på at innovasjonen vil fungere. «Hva vil dette bety for meg?» - Motivasjon er basert på å få noe tilbake. Om ikke ledere ser fordeler med en innovasjon, dem vil mest sannsynlig ikke framsnakke eller være entusiastiske rundt det. «Det er bedre å ikke gjøre noe enn å risikere offentlig fiasko» - frykten for å mislykkes er en sterk hemmer, og at offentlig ydmykelse er ikke noe de fleste mennesker håndterer særlig bra. «Hvor står det i min arbeidsbeskrivelse at innovasjon er en del av mine arbeidsoppgaver?»- Enhver organisasjon bør kreve og forvente enhver ansatt er engasjert i innovasjon, og dette gjelder spesielt ledere på alle nivå. «Jeg er ikke sikker på at organisasjonen egentlig er innovativ» - Det er ingen tvil om at mange på støtte fra toppledelsen har stor påvirkning på hvordan mellomledere oppfatter innovasjon. Her må toppledelse gå foran som et godt eksempel.

Bergsland et al (2014) har forsket på innovasjonsbarrierer innen medisinskteknisk utstyr, og de har kommet fram til følgende punkter:

- Mønstre for medisinsk praksis og utdanning – før nye prosedyrer og teknologi er blitt standard, er det krav om at disse må gjennom randomiserte kontrollerte studier og metaanalyser. Selv når dette er gjort, kan det gå flere år før prosedyrene eller teknologien har blitt tatt i bruk av flerparten. Dette skaper bekymring hos investorene, i og med at nye produkter har relativ kort livssyklus
- Markedets størrelse og gjennomtrengning – Markedet i verden er økende for medisinsk teknisk utstyr.
- FoU og materialfeil – Det er stor risiko knyttet til utvikling av medisinsk teknisk utstyr, og prosessen fra ide til ferdig produkt er lang og kostbar. Det er nødvendig med lang og nøye testing av utstyr før godkjenning. Hvis noe går galt, kan det gå ut over pasientsikkerheten.
- Regulatorer og godkjenningprosesser – Lover og regler er nødvendige for å sikre at kvaliteten er god nok, men dette er også med på hindre innovasjoner. Prosessene tar for lang tid fra ide til marked, og det er igangsatt flere tiltak for å gjøre dette enklere.
- IP rettigheter, patenter og publiseringer – Rettighetene til en ide eller produkt må tas hånd om, og på den måte sikre oppfinneren. TTOer er med på å dempe barrierene mellom UH-sektoren og bedrifter.

- Refusjon av kostnader og prissetting – det må være økonomiske insentiver for å ta i bruk ny teknologi for helsevesenet, ellers vil det ikke bli tatt i bruk. Ny teknolog bør ikke være for dyr, slik at ingen har råd til å kjøpe denne.
- Etiske dilemmaer – Helsetjenestetilgang er ifølge WHO en menneskerettighet. Det er ikke alltid like enkelt å få dette til. Ikke alle har lik tilgang til for eksempel dialysebehandling, selv om teknologien er kjent.

### ***2.5 Oppsummering – hva kan forventes av materialet***

Det er flere av punktene som viser seg å kan være både hemmende og fremmende faktorer, og de fleste punktene som står for seg selv, enten som hemmere eller som fremmere. Årsaken til at noe kan være både hemmende og fremmende for innovasjon er for eksempel finansiering, en fremmer kan være at det er forholdsvis mange kilder som et sykehus kan søke finansiering fra (Helsedirektoratet, Norges Forskningsråd, Innovasjon Norge, Helse –og Omsorgsdepartementet med flere), hemmeren er at det er tungvint og tidskrevende og krever mye ressurser. Det er heller ikke vanlig å få finansiert en innovasjon før produktet eller tjenesten er ferdigstilt, og fram til da er det ikke like enkelt å selge inn en god ide, uten å ha et produkt eller tjeneste klar (McAlearney et al:2016).

Når det kommer til IP rettigheter skriver Ewing Marion Kaufmann Foundation (2015) og Bergsland (2014) at IP rettigheter kan virke både hemmende og fremmende for innovasjon på den måten at mange bedrifter og organisasjoner benytter muligheten med patenter som et strategisk verktøy for å gjøre det altfor kostbart for konkurrentene og komme med substitutter. Patenter beskytter varemerket, som er fremmende, og det som er hemmende er at det låser produktet for videre utvikling. Konkurrerende organisasjoner og bedrifter vil forsøke å kopiere produktet eller tjenesten.

Angående teknologiinnovasjon så er fremmerne at det kan forenkle hverdagen til klinikere eller gjøre pasientbehandlingen bedre. Det motsatte kan også være tilfelle, der den nye teknologien blir «enda et nytt system å forholde seg til», det kan føre til dobbeltarbeid, og enda mer administrativt arbeid for den enkelte kliniker. Ny teknologi kan være en kostbar investering, og med trang økonomi i helsesektoren, er det ofte snakk om hva som må prioriteres.

Jeg har oppsummert de hemmere og fremmere jeg har funnet om innovasjon i helsevesenet fra i en tabell, se under.

<b>Hva</b>	<b>Fremmere for innovasjon</b>	<b>Hemmere for innovasjon</b>
<b>IP rettigheter</b> (Ewing Marion Kaufmann Foundation (2015, Bergsland et al:2014)	X	X
<b>Offentlig sektor og helsesektor egner seg ikke for markeds konkurranse</b> (Johannessen, Olsen og Skotvik: 2013)		X
<b>Høyt teknologisk kunnskapsbasert virksomhet</b> (Borins:2002, Grünfeld:2016, Grund:2000)		X
<b>Finansiering av innovasjon</b> (DIFI, Albury:2005, Sommerbakk et al:2016, Kim & Chung:2017, Grund:2000, Foyn:2011)	X	X
<b>Kostbar prosess som tar tid</b> (Bergsland et al:2014)		X
<b>Økonomiske insentiver</b> (Birken et al:2012, Thune:2015, McAlearney et al:2016, Albury:2005, Bergsland et al:2014)		X
<b>Manglende evne og vilje til forandring, risikoaversjon, motstand mot endring</b> (Lister et al:2017, DIFI, Grünfeld:2016, Rydland:2015, Roos et al:2014, Kim & Chung:2017, Hennestad og Revang;2017)		X
<b>Innovasjon innebærer risiko</b> (Aasen:2009)		X
<b>Leder som ikke tror på innovasjon</b> (Fisher og Rohde:2015, Gutberg og Berta:2017, Birken et al:2015, Albury:2005; Kim&Chung:2017)		X
<b>Manglende ansvarliggjøring</b> (Herzlinger: 2006)		X
<b>Innovasjon som en nødvendighet</b> (Birken et al:2017, Barnett et al:2011)	X	
<b>Toppleders støtte, klar og tydelig ledelse, og engasjement</b> (Gutberg og Berta:2017, Birken et al:2015, Albury:2005, Sommerbakk:2016, Kim&Chung:2017, Rydland:2015, Isomäki:2017, Ruiz-Jiménez et al:2016)	X	

<p><b>Mellomledere som brobygger</b> (Engle et al:2017, Birken et al:2012, Kim&amp;Chung:2017)</p>	X	
<p><b>Transformasjonsledelse</b> (Lister et al:2017: Johannessen og Olsen:2010)</p>	X	
<p><b>Ledere og/eller ansatte har liten eller ingen forståelse, og er distansert. Uklare beskjeder</b> (Sommerbakk et al:2016, Kim &amp; Chung:2017, Ruiz-Jiménes et al:2016, Isomäki:2017)</p>		X
<p><b>Manglende medarbeider medvirkning i utviklingsprosesser og beslutningsprosesser</b> (Sommerbakk et al:2016, Kim &amp; Chung:2017)</p>		X
<p><b>Kostnadseffektive prosesser, bedre organisatoriske løsninger og gode pasientforløp</b> (Barnett et al 2011)</p>	X	
<p><b>Organisasjonsendringer</b> (Gutberg og Berta:2017)</p>		X
<p><b>For liten tid til innovasjonsarbeid</b> (Foyen:2011, Borins:2002)</p>		X
<p><b>Økende arbeidsmengde og mindre ressurser, budsjetttrammer, kortidstenking, liten kunnskap og få belønningssystemer</b> (Birken et al:2012, Albury 2005, Grund:2000, Foyen:2011, Borins:2002, Sommerbakk et al:2016)</p>		X
<p><b>Sterke profesjoner som leger og sykepleiere</b> (Grund:2000)</p> <p><b>Endring i profesjonens roller</b> (Sommerbakk et al:2016)</p>		X
<p><b>Innføring av ny teknologi</b> (Christensen et al:2000, Herzlinger:2006, Bergsland et al:2014)</p>	X	X
<p><b>Store, hierarkiske organisasjoner</b> (Grund:2000, Johannessen, Olsen og Skotvik:2013, Borins 2000, Hennestad og Revang :2017, Tidd, Bessant og Pavitt: 2005)</p> <p><b>Økte krav til dokumentasjon, byråkratisering</b> (Sommerbakk et al:2016, Hillestad og Yttri:2016)</p>		X

<p><b>Det trengs mer kompetanse om innovasjonsarbeid, opplæring i forbedringsarbeid</b> (Albury:2005, Grund:2000, Sommerbakk et al:2016, McAlearney et al:2016, Johannessen, Olsen og Stokvik:2013)</p> <p><b>Måling av innovasjonsaktivitet</b> (Sivertsen:2015; HoD (2011))</p>		X
<p><b>Det må være nøkkelpersoner som jobber med innovasjon</b> (Tidd, Bessant, Pavitt:2005, Borins:2002, Sommerbakk et al:2016)</p>	X	
<p><b>Å være åpen for nye erfaringer</b> (Long et al:2015, Ruiz-Jiménez et al:2016)</p> <p><b>Kreativt miljø, og skape engasjement, Den Lærende Organisasjonen</b> (Johannessen, Olsen og Skotvik:2013, Kim&amp;Chung:2017, De Vries et al:2016, Thune:2015, Grünfeld:2016)</p> <p><b>Må ha kultur for kreativitet og mangfold, innovasjonskultur</b> (Albury:2005, Sommerbakk et al:2016, Kim&amp;Chung:2017, Tidd, Bessant og Pavitt: 2005, Bergsland et al:2014)</p> <p><b>Oppmuntre og støtte medarbeidere</b> (Ruiz-Jiménes et al:2016)</p>	X	
<p><b>Ha klare mål for innovasjon, medarbeidermedvirkning (brukermedvirkning) se nytten i innovasjonen</b> (Kim &amp; Chung:2017),</p> <p><b>Uformelle arenaer for ideutveksling, etablere innovasjonspriser</b> (Borins:2002)</p>	X	
<p><b>Manglende eller ikke passende infrastruktur</b> (Sommerbakk et al:2016)</p>		X
<p><b>Strengt lover og regler før en innovasjon kan tas i bruk</b> (Bergsland et al:2014)</p>		X

Tabell 4: Sammenstilling av hemmere og fremmere for innovasjon i helsevesenet

De fleste av hemmerne og fremmerne som jeg har identifisert i den litteraturen jeg har lest, går på det organisatoriske, det strategiske nivået i en organisasjon. Det er lite som handler om det interne livet innad i et sykehus, men jeg har identifisert hemmere og fremmere av innovasjon i forhold til ledelse, både fra toppleder og mellomledere. Det har også dukket opp hemmere og fremmere for produkt/tjenesteinnovasjon, som det å ta i bruk ny teknologi. Om det er mangel på opplæring om et nytt produkt eller tjeneste, vil det møte større motstand enn

om alle i organisasjonen tror på produktet/tjenesten. Manglede kunnskap om innovasjon og kunnskap om lover og regler som gjelder er også noe som kan hemme innovasjon i et sykehus. Jeg forventer å finne mange av de samme faktorene når jeg går i gang med analysen av mine data fra intervjuene. Kanskje dukker det opp noe nytt og uventet. En tabell med de like og ulike hemmerne og fremmerne som jeg har identifisert fra mine funn blir presentert, og sett i sammenheng med tabell 2 som jeg har identifisert fra forskningslitteraturen. Disse vil bli diskutert i kapittel 5.

### **3.0 Metode**

I dette kapittelet presenterer jeg hvilken metode som jeg har brukt i denne studien. Jeg har begrunnet hvilken tilnærming som er benyttet ved valg av forskningsstrategi samt valg av forskningsdesign. Jeg har gjennomført en casestudie med kvalitativ metode for datainnsamling med utgangspunkt et universitetssykehus i Norge. Metode betyr en planmessig framgangsmåte, og denne framgangsmåten må tilpasses det som skal gjøres (Nyeng: 2010: 187). Jeg beskriver og begrunner de valgene jeg har tatt hele veien i oppgaven, og også når det kommer til semistrukturerte intervju, og hvordan disse ble gjennomført. Dette er for å validere de opplysningene som er gitt, og dermed øke troverdigheten i oppgaven (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011:244). Jeg har i tillegg belyst kvaliteten av datamaterialet ved bruk av kvalitativ metode med tanke på gyldighet og overførbarhet. Styrker og svakheter ved oppgaven er gjort rede for, og til slutt er jeg skrevet om forskningsetikk. Jeg har etter beste evne argumentert for de valgene som jeg har tatt. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan en skal følge et bestemt mål for å skaffe informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan informasjonen skal analyseres og tolkes. (Johannesen, Christoffersen og Tufte 2011:33).

#### **3.1 Forskningsstrategi**

For å løse problemstillingen min om hvordan innovasjon hemmes og fremmes på ulike klinikker i et sykehus er forskningsstrategien min et casestudie. Dette casestudiet dreier seg om hvordan mellomlederne ved et sykehus ser på hva som hemmer og fremmer for innovasjon i egen klinikk og organisasjon. For å få et bedre innblikk i informantenes verden, og en dypere forståelse av hva de mener om innovasjon har jeg valgt en kvalitativ undersøkelse. Hva mener egentlig mellomledere ved et sykehus er hemmere og fremmere for

innovasjon? Hvordan jobber de med innovasjon? Hvilke utfordringer ser de med innovasjonsarbeid? Hvilke hemmere og fremmere ligger til grunn for arbeidet med innovasjon var noen av spørsmålene som jeg stilte informantene.

Det finnes en god del studier som dreier seg om innovasjon i offentlig sektor, og som benytter seg av kvalitativ studie ved hjelp av dybdeintervju som metode (Elbanna et al:2016, Birken et al:2012, Lister et al: 2017, Albury:2005, Salaman og Storey:2002). Kvalitativ metode ga meg muligheten til å se nyansene fra informantene på en bedre måte enn kvantitativ metode ville gjort. Ut ifra litteraturen, kan det se ut til at mellomlederens oppfatning av hemmere og fremmere for innovasjon i store organisasjoner som i dette casestudiet, et universitetssykehus, kan gjøre lederoppgavene utfordrende (Birken et al:2012, Engle:2017, Gutberg:2017, Kissi et al:2012, Herzlinger:2006). Forventninger til hva som kom ut av resultatene er beskrevet tidligere i kapittel 2, og dette har dannet grunnlag for de to forskningsspørsmålene. Disse spørsmålene er også grunnlaget for intervjuguiden.

### ***3.2 Forskningsdesign***

For at jeg skulle forstå hvilket perspektiv mellomledere hadde om innovasjonsarbeid og spesielt hvilken rolle de har rundt innovasjon, valgte jeg å bruke et universitetssykehus for mitt studie for å få mest mulig detaljert informasjon. I følge Johannessen, Christoffersen og Tuft (2011:91-92) er casestudier det som skal benyttes der det er et enkelt tilfelle som skal studeres inngående. Jeg sammenlignet 6 forskjellige klinikker i sykehuset mot hverandre, for å se om det fantes likheter og ulikheter av leders oppfatning av innovasjon i klinikkene.

Jeg har gjennomført et casestudie, hvor jeg har brukt semistrukturerte dybdeintervjuer for å få fram så mange nyanser som mulig og få et helhetlig bilde av situasjonen. Noe av dataen ble analysert underveis for å lete etter det som var mest sentralt for min oppgave. Jeg har samtidig lest relevant forskningslitteratur for å ha en større forståelse av mine funn. Ved bruk av semistrukturerte intervjuer fikk mine informanter snakke fritt, og et nyansert bilde av situasjonen trådte fram (Jacobsen 2013:89). Jeg opplevde at informantene ga fyldige beskrivelser til de spørsmålene som ble stilt. Dataene ble analysert og innsnevret underveis i intervjurunden. I og med at jeg gikk åpent ut til å begynne med måtte jeg snevre inn og endre litt fokus gjentatte ganger. To revisjoner av intervjuguiden måtte til for å få fram mer spesifiserte svar. Det var i utgangspunktet tenkt at 8 informanter ville gi nok informasjon, men så raskt at dette ikke stemte. Det ble utført 3 intervju i etterkant, som ga 11 meg informanter. Igjen, etter en analyse av resultatene bestemte jeg meg for at jeg hadde behov for

mer konkret informasjon og dermed foretok jeg ytterligere to semistrukturerte intervju, og endte opp med 13 intervjuer som er transkribert og analysert.

### **3.2.1 Case studie**

Å bruke en casestudie som forskningsdesign vil si å se på sosiale fenomener gjennom grundig analyse (Johannessen, Christoffersen og Tufte:2011;90). Casen kan være alt fra en person, en gruppe, et sted, et land, eller hvilken som helst enhet av sosialt liv (Mehmetoglu, Mehmet 2004: 42). Casen er i dette tilfellet et universitetssykehus, og sammenligning mellom 6 klinikker. Intervjuene ble brukt for å få fram fenomenene, som her er hva mellomledere anser er hemmende og fremmende faktorer for innovasjon i sin klinikk. Resultatene mine kan ikke generaliseres fordi studiet kun omhandler et sykehus og ikke alle sykehus i helseregionen eller Norge forøvrig. Jacobsen (2013:222) sier at den eksterne gyldigheten handler om i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan *generaliseres*. Det jeg mener med generalisering er om mine funn kan brukes av andre organisasjoner (overførbarhet) (Nyeng:2010;197). Jeg har så få informanter at jeg ikke kan si at funnene er gyldig for hele sykehuset, men at det sier noe om hvordan hemmere og fremmere av innovasjon i egen klinikk oppfattes av ledere. Kan funnene om lederes forståelse av hemmere og fremmere for innovasjon overføres til andre sykehus eller andre store og komplekse offentlige institusjoner i Norge? (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011:247). Betegnelsen “*case*” kommer av det latinske *casus* og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. I dette casestudiet har jeg fokusert på en enkelt enhet, nemlig et universitetssykehus. Ved at jeg har gått i dybden i et enkelttilfelle, sykehus, *enkeltcasedesign*, kan det dukke opp ting om hemmere og fremmere ved klinikkene som jeg ikke var klar over på forhånd, og jeg kan få ei avklaring i hva som ligger i fenomenet. Jeg har valgt å anonymisere mitt case fordi mine funn kan da lettere sees i sammenheng med andre lignende sykehus i Norge. Ved bruk av denne formen for design fokuseres det mer på konteksten og samspillet mellom mennesker og kontekst (Jacobsen 2013:90-95, Johannessen, Christoffersen og Tufte:2011;90-92).

### **3.3 Datainnsamling**

Datainnsamlingen ble gjennomført med bakgrunn av dybdeintervjuene hvor først 11 informanter ble intervjuet. De semistrukturerte intervjuene, eller delvis strukturerte intervjuene, har en overordnet intervjuguide som jeg brukte som utgangspunkt for intervjuene. Spørsmålene, temaene og rekkefølgen kunne variere under intervjuet, og det gjorde at jeg fritt kunne bevege meg fram og tilbake i intervjuguiden (Johannessen,



Christoffersen og Tufte:2011;145). Informantene kunne svare på et av mine spørsmål fra intervjuguiden som ikke var i rekkefølge, og dermed ble det opp til meg å innhente strukturen igjen om samtalen fløt ut. Ved nærmere ettersyn foretok jeg ytterligere to intervjuer for å få fram mer spesifisert informasjon. Fordelen med å bruke semistrukturert intervju er intervjuguiden ikke er et spørreskjema, men en liste over temaer og generelle spørsmål som ble gjennomgått. En annen fordel er at denne type intervju ga meg en god balanse mellom fleksibilitet og standardisering av spørsmålene og intervjuene (Johannessen, Christoffersen og Tufte:2011;147).

I tillegg til intervjuene har jeg innhentet relevante strategidokumenter, oppdragsdokumenter, og annen litteratur (Johannessen, Christoffersen, Tufte (2011:90). Jeg har lest nasjonale og internasjonale vitenskapelige artikler om emnet «innovasjon i offentlig sektor» (Albury:2005, Potts & Kastle:2010 m.fl), og jeg har lest om «innovasjon i helsesektoren» (Christensen et al:2000, Ghaferi et al:2016, Herzlinger:2006, m.fl) samt at jeg har lest om «mellomleders rolle i innovasjonsarbeid» (Kissi et al:2012, Gutberg og Berta:2017, Engle et al:2017, Salaman og Storey:2002, Rydland:2015, Isomäki:2017, Birken et al:2012, Birken et al:2015, Birken et al:2016, med flere). Ved å ha lest meg opp på relevant litteratur har min forståelse om problemområdet økt, og jeg kunne stille mer konkrete spørsmål knyttet til min problemstilling. Intervjuguiden ble revidert underveis, etter hvert som min kunnskap økte (Intervjuguiden er vedlagt). Jeg har fått en økt forståelse av kompleksiteten i innovasjonsarbeid generelt, og ikke minst hvor komplekst innovasjon er i helsesektoren. Dette har styrket datakvaliteten betraktelig og er med på å sikre *bekreftbarheten* (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011:249). Jeg har vurdert funnene mine fra intervjuene mot den litteraturen jeg har lest, for å se om det er noen samsvar mellom disse.

For å få en ytterligere forståelse av hvordan helsesektoren, og sykehussektoren spesielt, jobber med innovasjon har jeg lest flere strategier fra sykehuset, strategier fra det regionale helseforetaket, og jeg har lest styresaker og strategier fra sykehuset om kvalitetsforbedring og forskning. Jeg har også lest stortingsmeldinger og lest dokumenter fra blant annet Norges Forskningsråd for å se hva de har skrevet om innovasjon i offentlig sektor, og helsesektoren. Nettsider fra alle de regionale helseforetakene har jeg vært lett etter informasjon om innovasjon og for å få en bedre forståelse av hva som er de anser er de viktigste prioriteringene helsevesenet står ovenfor. Alt dette har vært en del av mitt analysegrunnlag, og har bidratt til å gi svar på problemstillingen. Dette har også gjort meg i stand til å vurdere om mine funn vil være relevant for andre sykehus i Norge. Som følge av min økende

forståelse av hva som hemmer og fremmer innovasjon, har jeg revidert intervjuguiden deretter for å få fram de ønskede svarene fra mine informanter.

I følge Jacobsen (2013:214) går *intern gyldighet* ut på om resultatene oppfattes som riktige. Jeg har jevnlig hatt gode diskusjoner med veileder om oppgaven, og dette har bidratt til å sikre den interne gyldigheten. Dette handler om å være kritisk til den dataen som samles inn, og kontroll om det ble svart på det som var ønskelig. To av informantene ba om sitatsjekk før dataene fra dem kunne benyttes, og dette er også med på å sikre intern gyldighet. For å *få ekstern gyldighet* må en se om en kan overføre dette til andre sammenhenger. Det skal også ses om den informasjonen som kom inn var til å stole på og om det pålitelig data (*pålitelighet*). Ved å lese forskningslitteratur om hemmere og fremmere av innovasjon, og se hva andre forskere har kommet fram til, er det med på å styrke den eksterne gyldigheten.

Under intervjuene brukte jeg fortolkende spørsmål som gjorde at jeg fikk svar på hvordan mellomledere ser på innovasjon og hva de anser som hemmende og fremmende for innovasjon sett fra sitt ståsted. Mitt ønske om å innhente empiri ved bruk av kvalitativ metode var fordi svarene som kom fra informantene var deres personlige oppfatninger og dette kom bedre fram med personlige intervju. Jeg avdekket deres erfaringer, og ulike situasjoner fikk fram nyansene. Problemstillingen min er åpen og de skreddersydde spørsmålene i intervjuguiden var for å få konkrete svar som kunne lede til et funn. Lydopptaker under intervjuene ble brukt, hvor intervjuet i etterkant ble transkribert og empirien analysert.

### **3.3.1 Uvalg**

Som beskrevet i første kapittel ønsker jeg å se nærmere på om ledere hva ledere ser som hemmere og fremmere for innovasjon i sin klinikk i sykehuset, for deretter å sammenligne disse mot hverandre. Jeg ønsket også å få en større forståelse av hva det regionale helseforetaket i regionen tenkte om innovasjon. Dette førte til at de ble kontaktet per epost for å høre om de kunne stille til et intervju. Det sa de ja til, og intervjuet foregikk via Skype. Det var svært nyttig å lære mer om hvilke forventninger og ønsker det regionale helseforetaket (RHF) har ovenfor Universitetssykehuset om innovasjon. Under intervjuet ble informantene gitt muligheten til å komme med forslag til min intervjuguide som jeg skulle bruke ovenfor informantene i sykehuset. Mye av den informasjonen som framkom i dette intervjuet dannet grunnlaget for den første utgaven av intervjuguiden som videre ble brukt i de andre intervjuene.

Jeg har hatt god tilgang på informanter, og det var vanskelig å velge mellom så mange kunnskapsrike ledere. I starten tok jeg noen bevisste valg av kandidater for intervju, *strategisk utvelgelse*, som jeg på forhånd viste hadde og fortsatt driver med innovasjon (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011:110). Det regionale helseforetaket kom med noen anbefalinger om andre aktuelle kandidater som kunne være aktuelle, og disse ble forespurt om å stille til intervju. Fordelen med dette var at de navnene som ble foreslått av RHFet visste jeg hadde kunnskap om temaet. Ulempen var at jeg ikke hadde kjennskap til alle informantene fra før av, og kunne ikke si med sikkerhet at de hadde den ønskede kunnskapen, og måtte stole på at tipsene fra RHFet stemte. De første som stilte til intervju, ga igjen tips til andre som kunne være gode kandidater for meg å intervju. Dette kalles for *snøballmetoden* (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011:113). Fordelen med denne metoden er at jeg med ganske stor sikkerhet kunne anta at de foreslåtte informantene hadde kunnskap, tanker og meninger om hemmere og fremmere for innovasjon i sykehuset. Ulempen med denne metoden er at jeg kan ha gått glipp av informanter som kunne bidratt på helt uventede måter. Utvalget mitt har bestått av ledere ved ulike klinikker, avdelinger og seksjoner ved universitetssykehuset. Målet mitt var i utgangspunktet å få intervju med åtte informanter, og jeg anså det som tilstrekkelig for å fram den informasjonen jeg trengte. Men ettersom forståelsen av temaet mitt vokste, så jeg at det ble det nødvendig å intervju 10 ledere med ulik fagbakgrunn og ulikt ledelsesnivå. Disse to ble intervjuet med en revidert utgave av intervjuguiden. Av alle de som ble forespurt om intervju var det kun én som ikke hadde anledning til å stille til intervju. Når analysen kom i gang, ble det igjen klart at jeg hadde behov for mer informasjon, og to nye informanter ble forespurt og disse har også stilt opp til intervju. Også denne gangen med en enda mer revidert utgave av intervjuguiden (vedlagt). Totalt fikk jeg gjennomført 13 intervju.

Det strategiske utvalget mitt er lite, og basert på å få informasjon fra personer som jeg viste hadde erfaring med strategiprosesser og innovasjonsarbeid. Derfor er det benyttet en formålsbestemt utvelgelse av informanter. (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011:224) Det ble foretatt en utvelgelse ut fra anbefaling fra de første informanter, slik at utvelgelsen ble en blanding av strategisk utvalg og "*snøballmetoden*". Denne metoden baserer seg på tips fra om aktuelle intervjuobjekter fra de man intervjuer. (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011:113). Fordelen for meg var at jeg har jobbet ved dette sykehuset tidligere og kjente dermed til noen av mine informanter på forhånd. Dette ga meg den fordelen at alle de forespurte sa ja med en gang spørsmålet om å stille til intervju kom. Jeg har etter beste evne forsøkt å ikke la mine egne holdninger og la mine meninger påvirke resultatet, *bias*, som kan

gi *kognitiv skjevhet*. Mine personlige erfaringer kan ubevisst ha vært med på å påvirke de svarene som disse informantene ga. Flere av informantene har vært mine tidligere kollegaer, og jeg vet hva de snakket om under intervjuene og kanskje jeg ikke stilte de åpenbare oppfølgingsspørsmålene jeg burde ha stilt. Kanskje var jeg ikke fullt så kritisk til disse som jeg var med mindre andre, og ukjente informanter. Fordelen var at de også viste at jeg skjønnte hva de mente, og de ikke trengte gi de lange forklaringene. Med informantene jeg ikke hadde kjennskap til fra før, var stemningen noe mer formell, men fin og god og lett tone. Under disse intervjuene var det helt nødvendige å stille tilleggsspørsmål for å forstå, i og med at deres fagfelt var helt nytt for meg. Det var lærerikt og spennende å høre dem fortelle om sine erfaringer om innovasjon og hvilke utfordringer de står ovenfor når det kommer til innovasjonsarbeid i sin klinikk. I denne oppgaven har jeg valgt å kun intervjuere ledere i sykehuset, og ikke medarbeidere. Dette har ført til at det bare er leders perspektiver ble belyst, noe som kan være en svakhet (*utvalgsskjevhet*).

Det falt seg naturlig å intervjuere nøkkelpersoner i den klinikken som har innovasjonsansvaret i universitetssykehuset, og dermed er fire av 13 informanter fra ulike avdelinger og nivå fra denne klinikken. De andre åtte informantene, også på ulike ledernivå, er fra andre klinikker og avdelinger ved sykehuset. Utvalget mitt ga meg noen svar fra intervjurundene som var relevante i forhold til hvilke tanker lederne har rundt hva som hemmer og fremmer innovasjon i deres klinikk. Problemstillingen og forskningsspørsmålene mine har blitt justert flere ganger underveis, både ut fra svarene fra informantene og annen relevant litteratur og strategidokumenter.

I og med at utvalget mitt var forholdsvis lite, kan det ikke generaliseres til å gjelde for hele universitetssykehuset, andre sykehus eller helse Norge for øvrig, men jeg har likevel fått noen indikatorer på hvordan ledere ved dette sykehuset tenker om hemmere og fremmere for innovasjon. Ved at informantene er ansatte ved sykehuset som de er intervjuet om, vil deres uttalelser være preget av holdninger og meninger om hemmere og fremmere for innovasjon, sett ut fra deres egen arbeidshverdag. Kvalitative metoder har ikke som mål å si noe om det generelle og typiske, men heller om det unike og spesielle, der hensikten er å avdekke fenomener (Jacobsen 2013:171).

Forskningsfeltet mitt er avgrenset og på grunn av oppgavens størrelse og omfang samt gjennomførbarhet ble det et begrenset utvalg med 13 informanter sykehuset, inklusiv ledelse i det regionale helseforetaket. Etter å ha gjennomført dybdeintervju med den første informanten

og analysert dataene ble det bestemt om hva slags data som var relevant å hente inn ved neste dybdeintervju. Ut fra dette framkom det strategisk utvalg av informanter. Historiske data og annen litteratur har vært aktuelle kilder til informasjon for meg, i tillegg til intervjuene.

### **3.3.2 Intervjuguide**

Noen enkle spørsmål ble klargjort til førintervjuet med det regionale helseforetaket (vedlegg 1.1). Noen av de spørsmålene som ble stilt til RHFet var «*Hvordan har dere har tilrettelagt for å implementering og gjennomføring av innovasjon? Hvilke andre tanker dere har rundt dette? Hva tenker dere at foretakene kan gjøre?*» Det ble i etterkant av dette intervjuet utarbeidet en intervjuguide som ble brukt for de første informantene ved sykehuset. I og med at spørsmålene i intervjuguiden var så åpne og ikke fastlåste, var det rom for den ledige og gode samtalen og det ble snakket fritt. Spørsmålene om hemmere og fremmere i egen avdeling og hvordan informantene oppfattet innovasjonen i egen organisasjon var det som fanget min interesse mest, og ikke minst svarene som ble gitt.

Jeg tok utgangspunkt i et semistrukturert skjema slik at informantene fikk like hovedspørsmål (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011:147). For meg var det ønskelig å få frem ledernes perspektiv på hemmere og fremmere med innovasjon i egen klinikk og ved sykehuset, og dermed ble det stilt flere oppfølgingsspørsmål for å få detaljerte svar for å få et klarere bilde av hva informantene faktisk mener om temaet. (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011:151).

Spørsmålene i den første utgaven av intervjuguiden var utarbeidet på grunn av at vi var to studenter som var tilstede under intervjuene, og vi hadde begge behov for ulike svar i samme intervju. Revisjonen av intervjuguiden etter informant 3, på grunn av informasjonsmettet, gjorde at de neste svarene vi fikk ble mer konkrete. En siste revisjon av intervjuguiden var for meg nødvendig etter hvert som min kunnskap har økt og jeg har forstått mer av hva jeg burde undersøke nærmere. Intervjuguiden er vedlagt. Sentrale spørsmål i intervjuguiden for meg var: «*Hva forbinder du som leder med innovasjon? Er innovasjon å vanskelig å jobbe med? Hvordan forholder medarbeiderne seg til innovasjon? Opplever du at sykehuset/klinikken er innovasjonsorientert?*

### **3.3.3 Gjennomføring av intervju**

13 semistrukturerte intervju med ledere ble gjennomført, basert på intervjuguiden (som ble revidert og justert to ganger). Vi var to studenter tilstede under 11 av intervjuene i tillegg til

informanten. De to siste intervju gjennomførte jeg alene. Det har ikke vært store hindringer med å få avtalt tidspunkt for å få intervjuer med informantene. Alle intervjuene ble utført på informantenes arbeidsplasser, ansikt til ansikt, med unntak av før-intervjuet med det regionale helseforetaket som ble gjennomført via Skype. Under intervjuene var jeg klar over at spørsmålene kunne oppfattes ulikt, og at jeg kunne opptre annerledes ovenfor ulike informanter kunne gi noen skjevheter i forhold til validiteten. Dette kalles *intervjueffekt* (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2013::245). I utgangspunktet ble det avtalt at et intervju skulle vare i cirka en time. De aller fleste holdt seg innen tidskjemaet, noen varte litt kortere og noen varte litt lengere (Jacobsen: 2013:149). De to siste intervjuene varte mellom 20-25 minutter. På grunn av ledernes ulike erfaringer, ledernivå, personlighet og kunnskap om temaet, synes jeg alle intervjuene forløp seg noe forskjellig. Noen av informantene snakket mye om andre ting enn det de ble spurt om, og måtte da innhentes og fokuseres på temaet, mens andre svarte mer konkret. Intervjuguiden var til hjelp under intervjuene, men ble ikke fulgt til punkt og prikke, og det er slik semistrukturerte intervjuer skal foregå. Flere informanter uttrykte at de synes det var lærerikt å ha et intervju om temaet innovasjon i sykehuset, noe som også ga meg god motivasjon til de neste intervjuene.

Intervjuene ble innledet ved å vise til forsknings – og innovasjonsstrategien til det regionale helseforetaket, og dette var en kilde til engasjement hos mine informanter. Før intervjuene begynte ble det spurt om tillatelse til å benytte sitater fra dem til denne oppgaven. To av informantene ba om sitatsjekk før jeg kunne bruke noe de har sagt, og det er selvfølgelig blitt gjort. I og med at det var to av informantene som ba om sitatsjekk før data kunne benyttes i analysen, samlet jeg de sitatene fra disse to som jeg hadde identifisert som relevant for min oppgave. Jeg sendte epost til begge med de valgte sitatene fra dem, og ba om godkjenning. En av informantene ba om å bli anonymisert ytterligere, og dermed endret jeg framstillingen av alle informantene på bakgrunn av denne tilbakemeldingen. Den andre informanten hadde ingen innvendinger til de sitatene jeg hadde funnet relevant.

Informantene ble også informert om at alle intervjuene ville bli anonymisert i oppgaven, og det syntes de var greit, og det gjorde det enklere for dem å snakke fritt og ledig. Når forespørselen om intervju ble sendt ut per epost, ble det samtidig opplyst om estimert tid, og at dataene ville bli anonymisert. Informantene ga også samtykke til at lydopptaker kunne brukes under intervjuene. (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011:159). Jeg visste at mine informanter hadde forholdsvis god kjennskap til innovasjon, og det var viktig for meg å på

forhånd sette meg litt inn i teori om hemmere og fremmere av innovasjon. Noen av informantene hadde jeg kjennskap til fra før, mens andre var helt fremmed for meg. De jeg kjente til fra før, oppfattet jeg at under intervjuene gikk lettere og ledigere enn de som jeg ikke kjente noe til. Med tanke på at informantene kunne si ting som ikke var «politisk korrekt», eller snakke om kritikkverdige forhold ved sin arbeidsplass var det viktig at de visste at intervjuene ville anonymiseres. (Jacobsen, 2013:150). Tillit, felles forståelse og «horisontal sammensmelting» i intervjuene var absolutt noe jeg hadde ambisjoner om, og det mener jeg oppnådde.

Det utstyret som ble brukt under intervjuene var opptaker, notisbok, intervjuguide og en stor porsjon nysgjerrighet og et stort ønske om å få noen gode svar. I og med at det ble benyttet lydopptaker og dataene transkribert og analysert umiddelbart etterpå, ble det pålitelige resultater, og dette er med på å styrke *påliteligheten* i datamaterialet. (Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011:243). Intervjuene foregikk på kontoret til informantene, og tidspunktet tilpasset deres tidsskjema. Hele intervjuprosessen inkludert transkribering tok en cirka måned. Jeg var klar over at gjennomføringen av intervjuene ville ta tid, både i forkant, under og ikke minst i etterkant av hvert enkelt intervju. Dette, til tross for tidsbruken, det undersøkelsesopplegget som var best egnet for min oppgave, basert på problemstillingen. Jeg satset på dybdeintervju (intensivt), slik at så mange nyanser som mulig (dybde) kom fram. (ekstensivt), (Jacobsen 2013:87) Siden lydopptaker ble brukt, kom det i etterkant eksakt frem hva som ble sagt under intervjuet, og det forenklet arbeidet med transkriberingen. Analysene av dataene ble bedre, og jeg har ikke vært redd for at noe viktig har gått tapt. I tillegg har jeg brukt de notatene jeg har skrevet under intervjuene i min analyse.

### ***3.4 Analyse av data***

Når jeg skulle gå i gang med analysen var det først viktig for meg å lese meg opp på relevant litteratur slik at jeg hadde mer kunnskap om hemmere og fremmere av innovasjon i offentlig sektor og helsesektoren.

Etter å ha gjennomført de første intervjuene, begynte jeg å analysere dataene. Jeg skrev ned stikkord underveis i intervjuene, og dette gjorde det lettere å huske de gode poengene. Etter hvert intervju diskuterte jeg og den andre studenten om hvordan vi syntes intervjuet gikk, og om den gode samtalen kom fram og tillitt oppsto (Jacobsen 2013:188).

Rett etter at et intervju var ferdig, var det å komme i gang med transkriberingen. Det har tatt tid å transkribere, men dette har gjort det enklere å finne igjen og ikke minst å legge bedre merke de ulike måtene informantene brukte forskjellige begrep på i én og samme samtale. I og med at intervjuene ble transkribert, har det lettet arbeidet mitt med analysen.

Samtidig åpner det for kontroll av rådata for andre som ønsker å se om tolkningene er gode nok (Jacobsen 2013:189).

Å analysere noe er basert på en antakelse om det informanten har sagt, kan reduseres til et sett færre tema eller kategorier. Jeg har forsøkt å finne de mest relevante kategoriene for å besvare problemstillingen. Til slutt har jeg sett på om det er likheter og ulikheter i forhold til de kategoriene som jeg har valgt, og om det er noe som informantene ser som hemmer og fremmer innovasjon i et sykehus. (Jacobsen 2013:193). Etter den første analysen er gjort, må det dataen kategoriseres. Kategorisering av hemmere og fremmere innebærer at all dataen som er samlet inn i ulike grupper, det vil si en *abstrahering*. Jeg har lest gjennom flere vitenskapelige artikler og deretter laget en tabell som viser hva disse har nevnt av hemmere og fremmere for innovasjon. Jeg har gjort det samme for hver enkelt klinikk, og deretter har jeg sammenlignet disse. Er det noen likheter og er det noen som skiller seg ut? Etterhvert som analyseprosessen pågikk, ble det dannet flere og flere underkategorier (ibid 195).

Jeg har etter beste evne forsøkt å ikke la mine egne holdninger og meninger påvirke resultatet, *bias*, som kan gi *kognitiv skjevhet*. Alle informantene mottok samme informasjon før intervjuene fant sted, og alle ble stilt stort sett de samme spørsmålene. Dette ble gjort for å forsøke å unngå *intervjuskjevhet*. Jeg har lest mange ulike artikler om innovasjon i privat sektor, offentlig sektor, og om hemmere og fremmere av innovasjon i begge disse sektorene. Jeg har likevel valgt å fokusere på de artiklene som svarer på min problemstilling, noe som kan gi *publiseringsskjevhet* i min oppgave (ibid:247).

Under analysen av dataen begynte jeg med å samle alle intervjuene og deretter sortere de funnene jeg har under ulike overskrifter, i samsvar med problemstilling og forskningsspørsmålene mine. For å kunne finne hva som er ulikheter og likheter mellom klinikkene lagde jeg en tabell, der jeg førte opp alle de identifiserte hemmere og fremmere fra dataene fra intervjuene. Denne tabellen ble så diskutert opp mot litteratur og de hemmere og fremmere jeg har identifisert derfra.

Etter å ha trukket ut ganske mange sitater fra intervjuene som jeg anså som relevant for min oppgave, var det å begynne å sammenstille disse, og skrive disse inn i oppgaven så godt det



lot seg gjøre. Jeg valgte å bruke enkelte referanser fra litteraturen under analysen. I tillegg hadde jeg problemstillingen og forskningsspørsmålene foran meg hele tiden, for å være sikker på å besvare disse best mulig. En utfordring har vært å kutte ned på antall sitater, i og med informantene hadde så mye bra å si, og som passet som sitater. Analysekapittelet er langt på grunn av analyse av 13 informanter.

### ***3.5 Styrker og svakheter ved valgt metode***

Jeg valgte å benytte et case studie med kvalitativ metode fremfor kvantitativ metode. Det var fordi jeg ønsket å få en større forståelse av helheten, og mener at nyansene kom godt fram i de ulike intervjuene. Det var en styrke å intervju ansikt- til -ansikt som ga mer nærhet til informantene, og samtalen gikk fritt og ledig og det var anledning for dem å uttrykke seg fritt. Alle informantene mottok samme informasjon før intervjuene, antok jeg at alle hadde noenlunde samme utgangspunkt til mine spørsmål. Informantene fikk også opplyst på forhånd at dataene ville bli anonymisert, og dette var nok med på å få fram informasjon som eller ville blitt holdt tilbake.

Lydopptak under intervjuene var en stor styrke, ved at det ikke var behov for å notere absolutt alt som ble sagt, og det kunne heller konsentreres om å få til et godt samspill med informantene. Ingen av informantene uttrykte ubehag ved å bruke lydopptaker. I følge Johannessen, Christiansen og Tufte, (2011:422-424) kan intervju effekten være en svakhet.

Det var etter min mening en ledig og uformell samtale med informantene, selv om retningen i samtalen var bestemt av intervjuguiden og problemstillingen. Ved at det ble benyttet en induktiv tilnærming til våre informanter ble den en styrke i studiet. Intervjuene ga rom for åpne spørsmål og misforståelser ble oppklart underveis i intervjuet. En styrke under intervjuene var at det var to studenter tilstede og kunne stille spørsmål og stille utdypende spørsmål der det var nødvendig. Dette sørget for at ingen informasjon gikk tapt. Det var viktig å styre samtalen for å holde fokus på temaet, slik at vi unngikk irrelevant datamateriale.

For å styrke oppgaven og ikke minst min forståelse av temaet hemmere og fremmere for innovasjon i helsetjenesten har jeg vært nødt til å lese relevant litteratur, samt mange strategidokumenter, høringsdokumenter, faglitteratur og populærvitenskapelige artikler, ulike blogger med mer. Jeg hadde i utgangspunktet kun tenkt å forholde meg til nyere forskning som ikke var eldre enn 2010, men dette viste seg vanskelig, i og med at det ikke har vært forsket så mye om dette temaet. Så noe av litteraturen som jeg har benyttet er noe eldre, men

like fullt relevant for min oppgave, som for eksempel Christensen et al:2000 og Johannessen og Olaisen:2004. Det er en styrke for oppgaven å oppdage at det faktisk ikke er så mye forskning om temaet, og dermed kan denne oppgaven være et lite bidrag for å øke forståelsen om hemmere og fremmere av innovasjon i sykehus.

Det ble sendt utdrag av et strategidokument fra det regionale helseforetaket i en epost til hver av informantene før intervjuene. Det ble en styrke at de hadde fått litt informasjon om at innovasjon og det jeg var ute etter på forhånd. Dette gjorde at samtalen var enklere å holde fokusert stort sett gjennom hele intervjurunden. I ettertid har blitt klart at det ikke var alle spørsmålene i intervjuguiden som var like relevante, men det ga bidro til en lett og ledig samtale. Etter de første intervjuene var utført, oppsto det et *metningspunkt* i informasjonen fra informantene, og vi forsto at vi ikke ville få fram noe nytt fra våre neste informanter. Dette førte til at intervjuguiden måtte revideres, for å få fram annen informasjon fra de påfølgende informantene. Den siste intervjuguiden ble benyttet på seks av 11 informanter. I og med at de to siste intervjuene ble foretatt. Jeg kunne ha blitt spurt mer utdypende på noen av spørsmålene, men det kom allikevel godt frem hvordan informantene opplever at UNN som organisasjon forholder seg til innovasjon. Informantene synes også å være klar over deres betydning og rolle i forhold til innovasjon og hva de anser var hemmere og fremmere. Det har vært særdeles viktig å konkretisere og begrepsforklare dataene for å unngå metodefeil.

I og med at informantene var lett tilgjengelige, har det også vært lett å ta kontakt med dem i ettertid dersom utfyllende informasjon til tolkning av resultatene trengtes. Det var både en styrke og en svakhet at vi som intervjuet kjente til noen av informantene. Dette kunne være at kanskje dermed har gitt ærligere svar eller vegret seg. Vi var to studenter som gjennomførte intervjuene sammen og gjennom våre to ulike arbeidsplasser har vi tilegnet oss ulike kunnskaper, holdninger og synspunkter om innovasjon. Dermed kan resultatene være påvirket av egne erfaringer om dette.

Datainnsamlingen ble utført i fellesskap med en annen student. Mesteparten av dataene fra intervjuene (11 intervju) ble foretatt med meg og medstudenten. De to siste intervjuene er foretatt av meg alene for å få et større og bredere datagrunnlag. De felles innsamlede dataene ble benyttet av begge studentene, men med helt ulik vinkling. Jeg mener i etterkant at dette har vært en styrke for denne oppgaven.

### **3.6 Etiske betraktninger**

Jeg har så langt det har vært mulig tatt hensyn til etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Etter det jeg har forstått så har ikke informantene blitt utsatt for noe ubehagelig eller overlast. Det er tre grunnleggende krav som er utgangspunktet for forskningsetikken i Norge: *informert samtykke, krav på privatliv og krav om korrekt gjengivelse* (Jacobsen: 2015:45). De samme lovene som Nord Universitet er underlagt; LOV 2006-06-30 nr. 56: *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskningen*, er blitt fulgt. Det har blitt kontrollert om dette prosjektet er meldingspliktig ved Personvernombudet for forskning, NSD, og tilbakemeldingen derfra er “Ikke meldepliktig”.

*Informert samtykke* går på at den som skal undersøkes gjør dette frivillig, og at vedkommende skal være informert om farer, gevinster, fordeler og ulemper med å delta. For denne oppgaven betyr dette at informantene måtte delta helt frivillig, og at de når tid som helst kunne trekke seg uten begrunnelse. Derfor er det basert på en gylden middelvei, og gitt informantene akkurat nok informasjon, uten at denne forhåndsinformasjonen får for stor innvirkninger på påliteligheten til undersøkelsen (ibid:47). Det ble sendt ut et informasjonsskriv i form epost, der det ble informert om hva som er hensikten med studiet og hva som er tenkt å gjøres med resultatene. Når det kommer til *krav om privatliv*, har jeg gjort mitt beste for at materialet ikke er av følsom art (religion, rase, politisk overbevisning, helseforhold, seksuelle forhold og medlemskap i foreninger). For å ivareta privatlivets fred, har jeg etterstrebet å anonymisere den informasjonen som er framkommet og den innsamlede dataen har blitt anonymisert. Ved å gjøre dette ble ikke studiet meldepliktig til Datatilsynet (ibid:49). Alle intervjuene er transkriberte, men dette skal ikke gjøres tilgjengelig for andre. Om dataene hadde blitt tilgjengeliggjort ville det ivaretatt *krav til korrekt gjengivelse* av data. Det ble ikke bedt om samtykke til å gjøre dette med hver informant før hvert intervju, så dermed utgår dette. Fram til oppgaven er ferdig, vil lydopptak og transkribering beholdes om noen skulle kreve innsyn.

## **4. Analyse**

I dette kapittelet vil jeg presentere og kommentere resultatene fra dybdeintervju med de 13 ledere, sett i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene. I første del av dette kapittelet presenterer jeg kort funnene fra det regionale helseforetaket og hva de forventer av universitetssykehuset og innovasjon. I del to inneholder funnene jeg har identifisert hva

lederne ser som hemmer og fremmere for innovasjon, og jeg presenterer hva jeg har funnet er likheter og ulikheter i klinikkene. For å kunne sammenligne klinikkene har jeg samlet alle funnene i en tabell. I den siste delen fokuserer jeg på hvordan ledere kan påvirke hemmerne og fremmerne for innovasjon. I kapittel 5 diskuterer jeg mine funn opp mot teori.

Kategoriene av hemmere og fremmere av innovasjon er tekstnære og jeg har laget disse med bakgrunn i ulikheter og likheter i svarene som lederne ga. I tillegg har den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom teori vært med på å prege valg av kategorier. Referansene bak utsagnene viser til de enkelte informantene som er nummererte fra Klinikken A-F. Under hele analysen har jeg hatt problemstillingen framme, for å sikre meg at jeg svarer på denne. Jeg har også tatt utgangspunkt i mine forskningsspørsmål for analysen:

- 1. Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?*
- 2. Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?*

#### **4.1 For-intervju med det regionale helseforetaket**

For å finne ut hva det regionale helseforetaket mener om innovasjon og hva RHFet har forventninger om fra sykehuset, ble det stilt noen spørsmål. Det ene var: «Hvordan dere har tilrettelagt for å implementering og gjennomføring av innovasjon?» Det andre var: «Hvilke andre tanker dere har rundt innovasjon, og hva tenker dere at foretakene kan gjøre?»

##### **4.1.1 «Det er jo egentlig nasjonen Norge som prøver å fokusere mer på innovasjon»**

På spørsmålet om hva RHFet har gjort for å tilrettelegge for innovasjon, svarer de at de har skrevet en forsknings- og innovasjonsstrategi som er for perioden 2016-2020, og de har utlyst innovasjonsmidler for å få økt innovasjonsaktivitet i helseregionen. De sier også at det har vært et betydelig sterkere satsning på innovasjon fra deres side og at det har vært et samarbeid mellom ulike departementer og offentlige organisasjoner for å få økt fokus på innovasjon.

*«Og nasjonalt har et jo vært et samarbeid mellom Helsedepartementet og Næringsdepartementet og Innovasjon Norge osv., og det er laget en felles satsning av strategier, så det er jo egentlig nasjonen Norge som prøver å fokusere mer og mer på innovasjon, og da går det jo også nedover i systemet, og da i det offentlige.»*

Når RHFet får spørsmål om hvilke andre tanker de har om innovasjon og hva de forventer at universitetssykehuset skal gjøre for å svare på oppdraget om å være med innovative, sier de:

*«(...) det er jo noen som vi skal implementere i lag, og mye skal gjøres av foretakene, og spesielt kanskje av universitetssykehuset, slik at vi forventer at de skal forholde seg aktivt i forhold til det(...) og størrelsen og oppgaven som universitetssykehus, sånn sett har et særlig ansvar også knyttet til de større forskningsoppgavene. Mmm, ja, mer ressurser, men, men samtidig så tenker vi at alle må tenke innovativt, alle foretakene.»*

-Ledere RHF

Det regionale helseforetaket har noen klare forventninger til helseforetakene i regionen og ikke minst til universitetssykehuset om hvordan de skal forholde seg til innovasjon i tiden framover. Det er iverksatt ulike tiltak, som for eksempel utlysning av innovasjonsmidler fra RHFets side for å øke innovasjonsaktiviteten. RHFet erkjenner at arbeidet med innovasjon er noe som kommer i tillegg til alle de andre oppgavene som sykehusene i regionen skal drive med.

*«Det er i alle fall klart at innovasjon kommer jo som den n'te tingen de (helseforetakene i regionen) skal gjøre på toppen av alt annet, for det er ekstremt mye de har ansvar for. Sånn er det.»* - Ledere RHF

#### **4.2 Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?**

I dette avsnittet presenterer jeg de ulike hemmerne og fremmerne for innovasjon som mine 12 informanter fra universitetssykehuset har nevnt under de semistrukturerte intervjuene. Jeg har sortert svarene ut i fra hvilken type hemmere og hvilken type fremmere som nevnes. I og med at jeg har anonymisert dataene, benevner jeg sykehusdirektøren som Direktøren og klinikkene B, C, D, E, F og G, og med nummerering som for eksempel «Klinikk B1» om det er flere informanter fra samme klinikk.

##### **4.2.1 Hemmere for innovasjon**

I dette avsnittet presenterer jeg de ulike hemmerne jeg har identifisert ut ifra mine informanter. Jeg har kategorisert og sortert dem i ulike typer hemmere.

*«Det er ikke satt inn med tydelig fokus på innovasjon»*

Et av de første spørsmålene som ble stilt til informantene under intervjuene var hvordan sykehuset forholder seg til innovasjon. Direktøren sa følgende på dette spørsmålet:

*«Nei, altså, det blir et litt sånn historisk svar, fordi at det går så langt tilbake i tid at jeg ikke husker detaljer, men vi hadde en periode der RHFet gjorde en slags bevisst nedprioritering av innovasjon, og sa at det, det satte dem litt på vent i noen år(...)men innovasjon har altså hatt en litt treg start som satsningsområde i RHFet, med bakgrunn i at i en perioder der det var veldig mye som skulle håndteres samtidig, og de valgte å utsette satsningen på innovasjon litt.» - Direktøren*

Direktøren støtter opp det RHFet sier om at innovasjon ikke har vært den sterkeste satsningen de siste årene, men at de nå har tatt grep for å få mer oppmerksomhet om dette. Flere av informantene bekreftet det Direktøren sier om at innovasjon ikke har vært den største satsningen i universitetssykehuset. Klinikk E var veldig klar og tydelig i sitt svar om hvordan han synes sykehuset jobber med innovasjon.

*«Passivt, ubevisst, ustrukturert! Ja, hva mer? Nei, vi har ingen tydelig og klar strategisk plan eller operasjonaliserte strukturer som jobber tungt med innovasjon, og det burde vi ha hatt» -Klinikk E*

En annen informant er enig med klinikk E om at sykehuset ikke har nok fokus på innovasjon, og at dette blir en hemmer for aktiviteten.

*«Ja, hvordan forholder sykehuset seg til innovasjon? Ehhm, ja, altså, sannsynligvis ikke så aktivt som vi burde, for så vidt.» - Klinikk B*

Klinikk C sier at sykehuset ikke jobber med innovasjon på systemnivå, og at det er enkeltpersoner som er ute i de ulike miljøene. Det mangler fokus på innovasjon, og det er ikke satt i system. *«Jeg vil si at vi ikke jobber med innovasjon på et systemnivå.(...) Og vi har heller ikke infrastruktur rundt innovasjonsprosjektene slik jeg ser det.»* Lederen sier også at det mangler infrastruktur rundt innovasjonsprosjekter (Sommerbakk et al:2016). Klinikk F bekrefter at det mangler systematisk fokus. *«Nei, det må vel være et mer systematisk fokus, og et ledelsesfokus på at innovasjon er ønskelig. Hvis det er ønskelig.»* Klinikk G sier at innovasjon har for liten fokus hos ledelsen, og at det trengs folk og ildsjeler og det trengs misjonærer som kan løfte innovasjon frem (Tidd, Bessant, Pavitt:2005). Det er for liten oppfølging i sykehuset, og skulle gjerne sett at det var mer, sier han. Informanten sier at det trengs mer ressurser og system og verktøy for å følge opp. *«Skal vi ha frem innovasjon, så må vi på en måte ha folk og ressurser som kan skape den forståelsen som trengs og hva det her er for noe egentlig.»*

De fleste av informantene synes ikke at det er nok fokus på innovasjon i sykehuset, og de etterlyser en mer systematisk satsning. Dette er en hemmer for innovasjon i sykehuset at det ikke er systematikk i innovasjonsarbeidet (Gutberg og Berta:2017), og at innovasjon beror mest på tilfeldigheter.

**«Men så mangler det her med lederforankringen...»**

Toppleders manglede forankring, og ledergruppens manglende forankring av innovasjon som en av de aktivitetene som de skal fokusere på, er en av de hemmerne for som kom tydeligst fram under intervjuene som jeg har analysert. Toppleders forankring er en av de suksessfaktorene som kreves for å få til gode innovasjonsprosesser (Ruiz-Jiménez et al:2016, Birken et al:2015, Albury:2005)

*«Vi har jo hatt ei altoverskyggende hovedsatsning i det siste, den perioden det er snakk om, og det har jo vært det å få folk til å lære seg dette med kontinuerlig forbedring. Så jeg har bevisst nedprioritert, ikke bare innovasjon men mange andre ting for å løfte det veldig tydelig opp og fram. (...) Og det blir feil å si at vi har nedprioritert innovasjon, for vi har nedprioritert en ting opp og foran alt annet, og det er det med kontinuerlig forbedring». -Direktøren*

Direktøren sier her at sykehuset i all hovedsak har prioritert kontinuerlig forbedring og ikke så mye innovasjon, eller andre ting. Klinikk G er en av flere informanter som sier at forståelsen av innovasjon at innovasjon er viktig og at forståelsen blant de ansatte om hva innovasjon er, og at innovasjon er viktig fordi helsetjenesten endres. *«Det er i hvert fall et kjempeviktig tiltak det at dem har fått innovasjonsmidlene, men så mangler det her med lederforankringa, den er ikke god nok, hverken i dette sykehuset eller i de andre foretakene for den saks skyld.»* Her trekker informanten innovasjonsmidlene fra RHFet fram som en fremmer men at det samtidig mangler lederforankring. Klinikk B1 aldri har hørt direktøren ved sykehuset snakke om innovasjon i det hele tatt. *«Jeg har aldri hørt direktøren snakke om innovasjon, har vi det?»* En annen informant, klinikk G, har ikke har sett noen saksframlegg eller andre dokumenter som har behandlet innovasjon i sykehuset.

*«(...) , men jeg har ikke funnet noen dokumentasjon eller noen rapporter eller saksfremlegg eller der innovasjon har vært omhandlet i ledergruppa på sykehuset eller i styret. Jeg har ikke sett noe.» -Klinikk G*

Klinikk B mener at innovasjon er noe som bør styrkes, og at det burde være en mer satsning på innovasjon systematisk for å dra det ut i klinikkene, for å koordinere og pushe på og

undervise og være pådriver. De er ikke der ennå, men de jobber med saken, sier han. Klinikk B2 mener at innovasjon burde vært mer oppe i ledermøtene, og at det er for dårlig forankret hos ledelsen, også i egen klinikk. Her sies det at det ikke snakkes om «*innovasjon eller forskning – det snakkes om kvalitet og pasientsikkerhet hele tiden*». Klinikk G mener at det har vært et ressurs spørsmål, og et spørsmål om sitt oppdrag. Toppledelsen har ikke oppfordret til innovativ tankegang, hevder han.

*«Igjen vi har ikke hatt en ledelse som har oppfordret til at den her tenkningen skal spres, innovasjon er liksom gjemt litt bort, det er noen der borte som kan holde på med innovasjon så er de liksom fornøyd.» -Klinikk G*

Klinikk E1 sier at innovasjon ikke er et tema som det snakkes om i toppledelsen, det er ikke uttalt tydelig. «*Nei, hvis det ikke er en uttalt sak, som sier at vi skal jobbe med innovasjon, hvis det ikke er sagt tydelig, at det ikke er et tema, at lederne ikke vet hva vi snakker om. Altså jeg er også leder, men der oppe...*» Klinikk B2 synes at sykehuset mangler satsning på innovasjon. Alle ser nytten i det og det snakkes mye om det. Vedkommende sier at om sykehuset ikke finner nye og innovative måter å jobbe på, så vil ikke sykehuset klare oppdraget. Klinikk E deler Klinikk B2 sin oppfatning om at sykehuset mangler satsning på innovasjon. Klinikk E sier at i denne organisasjonen er innovasjon mye lavere prioritert og kunnskapsmessig basert mye mindre av en det er i forhold til kontinuerlige forbedringer. Dette støttes av E1, som også etterlyser forankring av innovasjon hos toppledelsen (Birken et al:2015).

#### **«Innovasjon er litt sånn tilfeldig...»**

En annen hemmer som dukket opp under intervjuene var at innovasjonsaktiviteten er tilfeldig ute på klinikkene. Det er ingen sammenheng, og aktiviteten er veldig avhengig av enkelt personers interesse og kunnskap om temaet (Borins:2002). Dette bekreftes av klinikk D som synes at innovasjon er krevende, og det er vanskelig. Det er ingen plan, det er mer tilfeldigheter. Det finnes ingen konkrete overordnede strategier som omhandler innovasjon i sykehuset. «*Men innovasjon er krevende, det er vanskelig. Det handler om å ha gode ideer. Vi har noen gode eksempler på innovative ting som får stor betydning, men som kommer på en måte ikke etter plan, men etter tilfeldigheter, kanskje.*»

Klinikk D mener også at innovasjonen som pågår i hans klinikk går nok mer på tilfeldigheter, og at det er opp til den enkelte hvorvidt den ønsker å være innovativ.



*«Når du sier innovasjon, så tror jeg ikke det finnes noen overordnede strategier, nei. Så det er nok mer tilfeldighetene og i den grad man ønsker å være innovativ, så sitter folk og klør seg i hodet og tenker «hva skal vi finne på nå?»» -Klinikk D*

Klinikk E mener at det jobbes for lite med innovasjon, at innovasjonsaktivitetene i hans klinikk også beror på tilfeldigheter og enkeltpersoners interesse og hos dem som har et bevisst forhold til innovasjon. *«Altfor lite. (...). To av fire-fem søknader som har gått inn når det gjelder innovasjonsmidlene til vår klinikk. Det er bra, men det er bare tilfeldig at vi har individer som har et bevisst forhold til innovasjon og som har egendrive til å få noe ut av det.»* - Klinikk E

Klinikk E sier at det har vært forsøkt fra sykehusets side å tilrettelegge med noen egne innovasjonsmidler, men at det føles litt sporadisk. Disse midlene er dårlig kjent hvordan de forvaltes og hva som er hensikten. *«Og det er ikke store penger det er snakk om heller, men det ligger noe der, men det løftes ikke opp på agendaen. Det er ikke veldig høyt oppe.»*

Klinikk B sier dette om hvordan sykehuset forholder seg til innovasjon. *«Uten at jeg kjenner det så veldig godt, så tror jeg at det i hvert fall på produksida og tjenesteinnovasjonssida er veldig sånn ad-hoc på sykehuset, (...).»* Klinikkleder E sier at selv om han er en del av ledelsen på sykehuset, så han ikke av noen tydelige utpekte planer for hvordan dem skal jobbe med innovasjon. *«Det er bruddstykker her og der»,* sier han. Videre sier han at kjernefunksjonen, som behandling, utredning, pleie -og omsorg er klart. Forskningsaktiviteten er rimelig grei, men ikke godt nok, strukturert. Til sist avslutter han med å si *«mens innovasjon har ikke fått den type plass»*

#### ***«Og så er det jo kjempevanskelig å måle innovasjon»***

Noen av informantene synes innovasjon er vanskelig å jobbe med, og hvordan definere hva innovasjon faktisk er. Det å prioritere innovasjon er utfordrende opp i alt det andre som sykehuset skal holde på med (Foyn:2011, Borins:2002). Dette bekrefter RHFets egne ord om at innovasjon er enda en ting som foretakene skal gjøre. Direktøren synes det er vanskelig å definere hva som er innovasjon og hva som ikke er det, og hva og hvordan skal innovasjon måles.

*«Jeg synes det er veldig vanskelig å definere hva det er som skal, hva er det som skal rapporteres som innovasjon og ikke som forskning. Er det noe som skal rapporteres*

*både som innovasjon og som forskning, skal vi rapportere det to ganger? Jeg synes det er, jeg sliter med definisjonene.» - Direktøren*

Ved spørsmål om innovasjon er vanskelig å jobbe med svarer Direktøren, at det handler om prioritering og det er så mye annet som også skal gjøres. Dette stemmer bra med Moreira et al (2017) som beskriver helsevesenet som skiller seg fra privat sektor og også offentlig sektor generelt, med sine krav om at alle nye innovasjoner må testes og godkjennes før det tas i bruk.

*«Det er vanskelig å jobbe med det som en egen greie som skal foregå, eh, for seg selv, under den overskriften. Nettopp fordi det griper som mye inn i alt annet som på en måte som skal foregå uansett. Så jeg synes det har vært vanskelig å, vi skal jo nå rapportere innovasjonsprosjekter, og vi blir jo målt på om vi driver med innovasjon eller ikke». – Direktøren*

Klinikk G sier også at en av de store utfordringene er å måle innovasjonsaktivitet, og hvordan dette skal gjøres. Det legges opp til en innsatsstyrt finansiering, på samme måte som med forskning og publiseringspoeng i CRISTIN. Men det å måle innovasjon er ikke like enkelt, og det trengs gode systemer for å fange dette opp, sier han.

*«Og så er det jo kjempevanskelig å måle innovasjon.» - Klinikk G*

*«Det er vanskelig å få til innovasjoner, det er min opplevelse, fordi at det blir ikke prioritert og det mangler en grunnleggende kompetanse i forhold til teknologi.» -*

*Klinikk F1*

Det har kommet noen nasjonale retningslinjer for å måle innovasjon, men at dette arbeidet fortsatt er i startfasen (Sivertsen:2015, HoD:2011). Det er en hemmer at det ikke er helt klart for sykehuset hvordan innovasjonsindikatorerne skal foregå. Det er også en hemmer at innovasjon ikke er prioritert høyt nok i sykehuset.

**«Vi må tenke på vår rolle som offentlig institusjon»**

Sykehus er store og kompliserte offentlige organisasjoner, og det er ikke enkelt så skulle få til innovasjon i hele sykehuset (Grund:2000, Johannessen, Olsen og Skotvik:2013). Det krever ganske mye av alle. Klinikk B1 sier dette om kompleksiteten ved å innføre noe nytt i en så stor og kompleks organisasjon som et sykehus er. Å organisere innovasjon krever at en må tenke annerledes enn før.

*«Så er det jo 6000 ansatte som man skal drive å ta hensyn til da. Så det er jo ikke nok at en finner ut «hvis vi gjør det på denne måten, så blir det bra» Vi er nødt til å gå på et helt annet nivå enn hvordan man organiserer sin egen matpakkeproduksjon om morgenene når man skal ha ungene i barnehagen. Det er ikke nok at jeg blir bedre, vi må lage hverandre bedre. Det er jo der det er den store utfordringa med utviklinga, innovasjon eller forbedringer ligger, eller kvalitet eller hva du vil kalle det for».*

–Klinikk B1

Klinikk C sier at en må hele tiden tenke sin rolle som en offentlig institusjon, og det skaper noen utfordringer og barrierer for innovasjon. Hvem er det som eier rettighetene til en innovasjon som er utviklet ved sykehuset, er det sykehuset eller fagpersonene, eller er det industrien? Det er slike byråkratiske prosesser (Johannessen, Olsen og Skotvik:2013) og spørsmål om eierskap som kan være med på å gjøre innovasjon vanskelig, sier klinikk C.

*«Det med midler, det at det er en sånne omstendelige prosesser for å få søkt type godkjenninger eller merking av det, vi må hele tiden tenke på vår rolle som offentlig institusjon. (...) Så sånne typer byråkratiske prosesser og spørsmål om eierskapet kan være med på å gjøre innovasjon vanskelig».- Klinikk C*

Dette bekrefter klinikk i D, som sier at sykehuset er komplisert og det er veldig mange prosesser og alt henger sammen med alt. Det er ikke alltid det er de store tingene som utgjør de største forskjellene. *«Universitetssykehuset er komplisert, det er veldig mange prosesser og alt henger sammen med alt(...). Det kan være innovativt og glupt å kutte ut morgenmøtet, eller gjøre det på en annen måte, slik at vi sparer tid»* Fra disse utsagnene finner jeg at en stor og komplisert offentlig institusjon kan være en hemmer for innovasjon, med alle de byråkratiske kravene som eksisterer (Johannessen, Olsen og Skotvik: 2013, Borins: 2000).

***«Vi har motstand mot endring fordi vi er trygg på det vi har»***

Ved spørsmål til Direktøren om organisasjonen er endringsvillig, svarer direktøren at det er bestandig motstand mot organisatoriske endringer (Grünfeld:2016), altså når man skal gjøre noe med organisasjonen eller økonomi. Men når disse to består urørt, er det ikke vanskelig å finne entusiastiske medarbeidere i organisasjonen.

*«Men når man skal gjøre noe nytt med arbeidsformene innenfor eksisterende organisatoriske løsninger og eksisterende budsjett, så er det vanligvis ikke vanskelig å mobilisere entusiasme i organisasjonen. Så sånn sett kan man ganske sikkert si at det*

*er en ganske så rotfestet kultur for innovasjon i sykehuset, det kan godt hende.»*

- Direktøren

Klinikk D har ikke samme oppfatning som Direktøren når det kommer til motstand mot endring. Motstand mot endring er ganske utbredt i organisasjonen, forteller klinikk D, og at dette er den største utfordringen mot innovasjon (Gutberg og Berta:2017).

*«Motstand mot endring er ganske utbredt i organisasjonen. (...) Vi har motstand mot endring fordi vi er trygg på det vi har og vi synes det er vanskelig å utfordre oss på å gjøre noe nytt fordi det krever en anstrengelse. Man ser fordelene og så ser man alle ulempene, og man finner alltid en grunn til å ikke gjøre noe på en annen måte. Det er den største utfordringen mot innovasjon. –Klinikk D*

Det er ulike måter å håndtere organisasjonsendringer på, og flere av informantene kommenterer at det er avhengig av personligheten til den enkelte som avgjør hvordan en takler endringene på (Borins:2002, Sommerbakk et al:2016). Klinikk B1 sier om organisasjonsendring at *«Innenfor avdelinga, så har jo alle disse omorganiseringene, delingene og reorganiseringene av det gamle senteret skapt mye spenninger, og det tror jeg ikke har vært så særlig behagelig å stå i for veldig mange»*. Dette er Klinikk E1 enig i og sier at det varierer veldig fra person til person hvordan en takler forandringer.

*«Det varierer veldig. Det er så avhengig av personlighet. Det kan jeg ikke si at medarbeiderne er villig eller ikke villig, for det er veldig forskjellig. Det er noen som er lett å få med, og som blomstrer i en sånn setting og andre som blir redd og...»*

Klinikk G uttaler at vi mennesker er veldig trygghetsskapende, og at vi ønsker veldig stabile rammebetingelser, og forutsigbarhet. Alle innovasjonsprosjekter innebærer en viss risiko (Aasen:2009).

*«Det er også en hemmer hvis man går utafør det som er strategisk fokus. Altså sånne innovasjoner der folk på en måte ser noe smart og det her kan vi faktisk gjøre annerledes, så må det være mulighet for at de kan gjøre akkurat det.» - Klinikk G*

Klinikk G sier videre at organisasjonen har en trøtthet for all organisasjonsendring, det er hele tiden noe nytt som de ansatte må forholde seg til (Hennestad og Revang:2017;182-195).

*«Du har jo en trøtthet i organisasjonen, det er hele tiden noe nytt, det er hele tiden organisasjonsendringer, og jeg kan forestille meg at det er veldig mange som sier: «Åh, skal det nå være enda en ting vi skal forholde oss til». Vi skal drive med kontinuerlige forbedringen, vi skal drive med forskning, vi skal drive med Grønt*

*sykehus, vi skal drive med ditt, vi skal drive med datt, og nå skal vi drive med innovasjon. Det blir litt sånn «overload» i forhold til alt man skal holde på med, og alt som ledere skal ha oppmerksomhet på.» -Klinikk G*

Motstand mot endring er helt normalt, og det sies at folk ikke er særlig endringsvillige. Og selv om det er motstand skjer endringene. Det er ulike måter personer og organisasjoner håndterer denne motstanden (Hennestad og Revang:2017:182-200).

**«Helsepersonell har jo en tradisjon for «beste praksis», mens innovasjon er «neste praksis»»**

Å gjøre ting på samme måte som en alltid har gjort det, for det fungerer, kan være en hemmer for innovasjon (Sommerbakk et al:2016, Grund:2000). Dette bekrefter Klinikk G som nevner at tradisjoner innad i et sykehus er en hemmer for innovasjon. Han skulle gjerne sett at det var mer fra «beste praksis til neste praksis».

*«Og en annen sak som er litt viktig er jo at helsepersonell har jo en tradisjon for «beste praksis», mens innovasjon er «neste praksis», og det utfordrer litt måten man jobber på. (...) vi jobber med system og systematikk hele veien for å forbedre oss, så glemmer vi de tingene som kanskje er litt annerledes, der vi hopper litt ut av den tradisjonelle måten å gjøre ting på, og det. Heldigvis så har vi en tradisjon på beste praksis og at det er det vi skal jobbe etter, men det er også hemmende, tenker jeg, i forhold til innovasjon» -Klinikk G*

Et eksempel som Klinikk G kommer med som er en radikal innovasjon. «Her har du virkelig radikal innovasjon som er i ferd med å skje. Og du vil jo selvfølgelig få motstand. Du får roboter som opererer hjernesvulster på to og et halvt minutt.» En slik radikal innovasjon vil antakelig forstyrre de etablerte tradisjonene innad i sykehuset, og det vil påvirke måten mange klinikere utfører sin jobb (Johannessen, Olsen og Stokvik; 2013:150, Christensen et al:2000). Klinikk G snakker om helt nye måter å organisere helsetjenesten på, en ny radikal måte å gjøre ting på. Det er en stor barriere å bryte med det etablerte, hevder klinikk G.

*«Hvorfor oppretter vi ikke en egen virtuell Kolspoliklinikk for hele regionen? Hvorfor ar vi ikke imot alle røntgenbilder på en plass, og fordeler dem til de som kan ta dem? Hvorfor organiserer vi ikke tjenesten annerledes på tvers mellom nivåene? Hvorfor kan man ikke få kommunene til å samarbeide i forhold til at dem har en diabetessykepleier der, kreftsykepleier der, og så kan dem heller jobbe på tvers mellom kommunene? Det er den typen innovasjon jeg synes vi har mest å hente på.*

*Altså den organisatoriske tjenestebaserte innovasjonen. Det bryter litt med det etablerte, og dermed har det stor barriere.» - Klinikk G*

Dette stemmer med Christensen et al (2000) som sier at helsevesenet trengs å organiseres på en helt ny og radikal måte.

**«Det er jo også det at dem må være villige til å være med å prøve ut ting»**

Klinikk F1 sier at det økonomiske potensialet for innovasjon er jo kun et potensial.

Informanten sier også sykehusets ansatte og ledelse må være villige til å prøve ut nye ting, og det har det vist seg å være ganske vanskelig (Long et al:2015, Ruiz-Jiménez et al:2016). *«Så selvfølgelig, fremmere, hemmere, det er jo også det at dem er ikke er villige til å være med å prøve ut ting.»* Klinikk B2 har et pågående innovasjonsprosjekt med et

kommersialiseringspotensiale, men det er mange barrierer for å få dette til. Det må være villighet til å investere i dette prosjektet, og først og fremst med midler og med tid.

Vedkommende må ta et valg, enten å beholde nåværende stilling eller jobbe med innovasjonsprosjektet sitt. Det er nærmest umulig å jobbe med begge tingene samtidig, det er for risikabelt (Aasen:2009).

*»Jeg tror det må være villighet til å investere i dette. (...) Det må være midler først og fremst, og det at jeg har dårlig tid, det er årsaken til at jeg ikke kan være pådriver. Jeg kan ikke være gründer samtidig som jeg sitter i denne stillingen. Enten må jeg ta et valg, eller så må jeg ansette noen. Da må jeg ha midler, det må være økonomiske incentiver slik at jeg har mulighet til å gjøre det.» -Klinikk B2*

Det jeg oppfatter som en hemmer her er at det innovasjon innebærer en personlig risiko for «ideinnehaver» og at selv om det er en god ide som muligens kan komme mange til gode, vil det kreve mye av enkeltpersoner.

***Søknader, patenter, IP-rettigheter, kommersialisering, lover og regler***

En av de barrierene som flere av informantene trekker fram, er den usikkerheten de har når det gjelder hvordan gå fram når det kommer til kommersialiseringsprosesser, patenter, IP-rettigheter, søknadsskriving, lover og regler (Ewing Marion Kaufmann Foundation (2015, Bergsland et al:2014). Klinikk C nevner at kommersialiseringsprosesser er vanskelig å få til,

ikke minst i forhold til IP rettigheter som offentlig institusjon og at hun skulle ønske at sykehuset hadde mer kunnskap om dette temaet.

*«Er det sykehuset som eier rettighetene til den vaksinen? – sykehuset må si ja til at noen andre også kan ha rettighetene. Vi har en rettighetsandel, men når du da skal for eksempel kommersialisere produktet, så blir det vanskelig – for hvor er det vi skal inn som offentlig institusjon». –Klinikk C*

Klinikk F synes ikke sykehuset jobber proaktivt nok i forhold til innovasjon, og at det er vanskelig å forholde seg til når det kommer til rettighetsavklaring og IP-rettigheter.

*«Og ja, hva skal man si, sykehuset er jo ikke, det finnes et system for det, med rettighetsavklaring, med DOFler og TTOen når det er aktuelt, men samtidig så opplever vi jo at det er veldig tunge prosesser å trekke. Universitetssykehuset er ikke proaktiv! Det opplever vi ikke.» - Klinikk F*

Klinikk F fortsetter med å fortelle at det er tungt å skulle dra slike (IP-)prosesser selv, det er en tung jobb å gjøre. «Dem er, man må, man må dra det selv i veldig stor grad. Det blir ikke slik at man kan gå til sykehuset og får noen som går inn i prosessen med høyt engasjement, og tar den videre. Man må ta den selv. Og det er en tung jobb å gjøre» Klinikk C føler seg ganske så hjelpeløs når det kommer inn søknader om patentering og slike ting. Lederen skulle ønske det var noen som kunne ta seg av slike greier på sykehuset.

*«(...) men jeg kan i alle fall skrive under på at jeg følger meg ganske hjelpeløs når jeg får sånne søknader om patentering og alle de her tingene. (...) Og da blir det litt for sånn komplisert, og jeg skulle mange ganger ønske at det var noen andre som kunne ta den delen av jobben.» - Klinikk C*

Klinikk F synes innovasjon er fryktelig vanskelig å jobbe med, spesielt når det kommer til det juridiske. Det trengs så mange typer kompetanse for å få til innovasjon. Han sier videre at det er jo et poeng å ha slik kompetanse «in house», og ikke hente det utenfra, fra for eksempel universitetet.

*«Det er også slik at det trengs mange typer kompetanser for å få til dette her, en kompetanse er juridisk kompetanse, den mangler! Altså kanskje den ikke mangler, men det settes ikke av ressurser til det. Og jurister på et sykehus har selvfølgelig mange andre oppgaver enn å drive med innovasjon som en del av kjernevirksomheten. Men skal man drive med innovasjon så må man ha den type støttefunksjoner.» -Klinikk F*

Klinikk B2 sier at en klar hemmer for innovasjonsprosjekter og prosessen med å søke finansiering (Albury:2005, Sommerbakk et al:2016) er at prosjektene må forholde seg til to ulike TTOer, den ene tar kun hånd om prosjekter som jobber med patenteringsrettigheter, og oppdragsforskning. Den andre tar hånd om prosjekter der er det industriprodukter, industriinnovasjoner og industristudier. IP rettigheter er også uklart for denne avdelingslederen.

*«(...) Ja, vi må forholde oss til to TTOer, men det er flere prosjekter som ramler mellom stolene på grunn av dette. Vi har to prosjekter hvor vi ikke visste hvordan de skulle håndteres – hvem som skulle støtte dem og hvem som skulle jobbe med avtaler. Det er altfor uklart (...) Så hvordan kan man sikre at universitetssykehuset og forskeren får den premieringen som de bør få – for sin ide?» - Klinikk B2*

I og med det ikke er tilstrekkelig med kompetanse på sykehuset i dag som kan med IP rettigheter, søknadsskriving og andre lover og regler, kan det være at mange gode aldri prosjekter kommer ut i ordinær drift. Dette er en klar hemmer. Her etterlyses det at det burde ha vært ressursperson(er) på sykehuset som kunne håndtert dette.

### ***Hvordan er tjenesteveien for innovasjon?***

Klinikk F1 sier at når det kommer til innovasjon i sykehuset, er tjenesteveien ganske vanskelig, og «ganske uklar for hvordan man skal gå videre for å at en tjeneste som ei avdeling eller en klinikk har erfart fungerer veldig godt. Hvordan skal man ta den videre, slik at det kan bli en tjeneste i RHFet?», spør Klinikk F1. Klinikk F hevder at man må få til genuine prosesser på det som løfter innovasjon opp, fordi det er tungt å dra. Det krever mye både fra den som skal, «oppfinneren», som han kaller det, og til de som skal finansiere innovasjonen til slutt. «For dem er sjelden på plass når du skal begynne et innovasjonsløp, du må finne ut hvem skal betale for det her. Det er det vanskeligste spørsmålet å finne det.» Lederen sier videre at sykehuset kan være bedre på «å ha tydeliggjort en bedre inngangsport til...har man en innovasjon så vet man hvor man skal gå hen med det for å få hjelp, det er egentlig det som...» Så det lederen egentlig mener er at det etterlyses noen som lederen kan henvende seg til ved ulike spørsmål, om som for eksempel juridiske forhold og IP-rettigheter i forbindelse med en innovasjon.

*«Det er liksom ikke tydelig hvor du skal være hen for å bidra. Og så er det i hele organisasjonen, og alle sykehus egentlig, det er ikke veldig stor bevissthet rundt dette.*



*Altså, hva er en innovasjon, hva skal man gjøre med en innovasjon når man har den. Bevisstheten rundt de prosessene hva dette er for noe, den er nok ganske fraværende.*  
- klinikk F.

Å ikke vite hva som er ens ansvar er en hemmer hevder klinikk B2. *«Vi har både lokale og regionale sykehus- funksjoner og det er ikke helt samkjørt i forhold til oppdragene og det er også uklarerhet i hvordan vi mottar bestillingene».* Dette stemmer godt overens med den litteraturen jeg har lest om at uklare beskjeder er en hemmer (Kim & Chung:2017, Ruiz-Jiménes et al:2016, Isomäki:2017). Mer opplæring om innovasjon er nødvendig (Albury:2005). Klinikk C skulle ønske det var et mer systematisert og kvalifisert personell som kunne ta hånd om innovasjonsarbeidet, og danne et type læringscenter. Dette eksisterer ikke på sykehuset i dag.

*«Jeg tenker at det som skal bli et sånn type læringscenter, der man skal lære seg å bruke utstyr eller lære seg og jobbe i team – det som skal etableres etter hvert. Tilknyttet et sånt center burde det vært et miljø hvor man kunne invitere studenter, fagpersonell, man kunne ha brukerpanel. Et pasientpanel som faktisk satt seg ned og så på ulike måter å tenke nytt rundt en tjeneste, men da må det være sånn at det blir invitert til det på en annen måte enn et stivt møtebord.»* - Klinikk C

Klinikk F1 sier at driften av tjenester, altså tjenesteinnovasjon, er den største hemmeren, slik informanten ser det. *«Det har jo vært en veldig stor hemmer, det her med drift av tjenester. (...) og prøve å etablere nye tjenester i helsevesenet. Det at vi setter sammen teknologi som tilhører mange forskjellige (leverandører), og ingen vil ta ansvar for helheten, for å drifte hele tjenesten. Det er jo ei stor utfordring.»* Her er altså manglende ansvarliggjøring en hemmer (Herzlinger (2006), og ingen vil drifte hele tjenesten som er utviklet. *Lederen sier videre at «det å få kommersialisert ting inne i sykehuset systemet, med støtte fra sykehuset er en vanvittig stor utfordring.»* Klinikk E synes det er for dårlig samarbeid i helsevesenet i Norge og eksterne partnere og da spesielt industri. Sverige er et land å se til, mener informanten.

*«Det er flere grunner til at vi ikke er det; for det første så har vi dårlig tradisjon i norsk helsevesen for å være det. Og særlig har vi en veldig dårlig tradisjon med innovasjon med eksterne partnere. Med industri har vi jo i Norge veldig lite erfaring med det, og kontrastene er jo veldig store til for eksempel Sverige som har en lang, lang tradisjon med å drive med innovasjon i helsevesenet sammen med industri.»*

*Spesielt har jo svenskene hatt masse medisiner og medikamentindustri som har vært veldig tett koblet på helsevesenet.»*

- Klinikk E

Det etterlyses en klarere tjenestevei fra tre ulike klinikker for hvor en medarbeider kan henvende seg til for å få bistand til innovasjonsprosesser. Bedre og mer samarbeid er også etterspurt mellom helsesektoren og næringslivet. Et ønske er at det var noen med tilstrekkelig kompetanse og forståelse for feltet kunne fungere som støtteapparat ved sykehuset (Albury:2005, Grund:2000, Sommerbakk et al:2016, McAlearney et al:2016, Johannessen, Olsen og Stokvik:2013).

**«Du må finne ut hvem skal betale for det her»**

#### Finansiering og tid

Klinikk B3 sier at den største hemmeren for innovasjonsprosjekter er å få finansiering og tid. Klinikerne må ha tid og frihet til å jobbe med innovasjon, sier ha.

*«ja, men den store hemmeren for å drive gode innovasjonsprosjekter er jo å få finansiering til dette, altså å få tid, og i forhold til klinikkene, så er vi helt avhengig av å få klinikkene med oss så må vi jo ha klinikere som har tid og har frihet til å gjøre det. Det andre er jo hvis klinikere får ideer selv, vi har jo eksempel oppe på gastro hvor de kjører sånn innovasjonsprosjekt der oppe, helt for egen del.» - Klinikk B3*

Klinikk B3 forklarer videre at de har flere stillinger enn de har finansiering til, og dermed må det innhentes eksterne midler for å finansiere disse. «(...) så har jo min seksjon langt flere stillingen enn vi har penger fra sykehuset, vi må jo få eksterne midler. Og det er ei utfordring, ikke sant.» Ved spørsmål om det er noe som hemmer innovasjon, svarer klinikk D, så er det at det er veldig kostbart og tidkrevende å skulle legge planer så langt fram i tid. Det er vanskelig å skulle se inn i glasskula og finne ut hva utfordringene blir i årene framover, sier lederen.

*«Og så er det jo da hvis det er veldig kostbart det man skal gjøre så krever det en plan, finansieringsplan. Vi holder nå på med et langtidsbudsjett, investeringsbudsjett fram til år 2022, (...) Det er en slags innovasjonsprosess, mener jeg, men det krever langtidsplanlegging og er vi ikke veldig gode på. Vi er heller ikke gode på å se i glasskula hva som kommer av nytt, faktisk, fordi vi er så travelt opptatt med å gjøre*

*det vi gjør. Og det er truende når vi blir utfordret til å prøve oss på noe nytt.»*

- Klinikk D

### Prioritering av tidsbruk og oppgaver

Klinikk E sier det samme som klinikk D, at prioriteringer er noe ledere sliter med, og kravene til den daglige driften overskygger det meste av arbeidsdagen. *«Og det har noe med at vi ikke har det høyt nok opp på prioriteringslista over arbeidsoppgaver. Mange blir, og særlig i lederposisjoner, slik som det er i dag så er kravene til produksjonslinjene overskygger ofte det meste av arbeidsdagen.»* Klinikk F1 sier at klinikere er presset på tid, og det er vanskelig for dem å prioritere innovasjon fordi at det er veldig mange andre ting som de også skal prioritere.

*«Der jo vanskelig, fordi at slik som et sykehus, det har veldig mange ting det skal prioritere, og dem sitter jo ikke å svare på mail (under presentasjoner), fordi dem ønsker å være avvisende eller arrogante mot oss som eventuelt presenterer den nye tjenesten. Dem gjør jo det for dem er presset på tid, ikke sant. Så det er veldig vanskelig.»* - Klinikk F1

Klinikk F1 sier at klinikerne har, naturlig nok, et større fokus som pasientbehandling, og prioriterer ikke arbeid med innovasjon. Dem har et korttidsfokus og har ting som må løses der og da.

*«(...) sånn at det lange fokuset som at «Okei, nå prioriterer vi dette her, slik at vi kanskje får endret noe i helsetjenesten langt fram i tid», det er ikke så enket, sannsynligvis. Sannsynligvis må dem sette av egne dager til, som strategi, sant, hvor dem skal jobbe med helsetjenesten i et lengere perspektiv, og hvor dem må ta inn teknologiske perspektiver og nye tjenester.»* - Klinikk F1

### Innovasjon tar lang tid

Klinikk B1 sier at det å jobbe med innovasjon tar lang tid (Bergsland et al:2014). *«Jeg har jo jobbet innenfor fagområdet i 20 år, og vi har fulgt RHFet sin IKT strategi som jo dessverre er fra 2002, men som vi nå først begynner å se de store fruktene av.(...)»*

### Tid til opplæring, tid til søknader

Klinikk D sier at man på ledernivå bidrar i prosessene og er ansvarlig, og at man burde delta på kurs og annen opplæring, men det blir liksom ikke tid til det. *«Og så bidrar vi innad og i*

*prosessene, men på ledernivå er man også ansvarlig, og burde vært på sånne ting, men det er ikke alltid man får tid til å dra, og nå har vi ikke råd heller så. (...).*»

Klinikk B3 sier at det er kostbart og tidkrevende å skrive søknader om finansiering til innovasjonsprosjekter (Bergsland et al:2014). Informanten skulle ønske seg samme ordningen som Norges Forskningsråd har for søknadsskriving til EU satsningen «Horizon2020» - en pengepott å søke på for å søke om finansiering. «(...) *det er ganske kostbart å skrive søknader, så det er jo en ting som vi trenger å ha tid og penger til å gjøre*»

#### (U)tilgjengelige ressurser

Klinikk E sier at økonomi er en hemmer for å drive med innovasjon, og dette til tross for at RHFet har satt av noen få kroner til innovasjonsprosjekter i 2017. Sykehusene har en utfordring å frigjøre økonomiske midler i den driftssituasjonen som sykehuset er i nå. Innovasjon skaper ikke realiserbar kapital mens det er under utvikling, og dermed må innovasjonsmidler til. Både RHFet og sykehuset havner i et dilemma og må prioritere hva som er viktigst akkurat nå.

*«Og det betyr at det må på ett eller annet vis være tilgjengelige ressurser, i praksis betyr jo det penger, for enten å frikjøpe mennesker eller ett eller annet slikt. Så en må på ett eller annet vis sørge for at det er midler tilgjengelig for å kunne drive med det, og der har jo klart RHFet et stort problem fordi de skal jo ha resten til å gå rundt. Og du får ikke frigjort noen ressurser før du har investert noe..» -Klinikk E*

Klinikk B snakket om en annen type økonomi, nemlig økonomiske insentiver for å ta i bruk innovasjon (Birken et al:2012, Thune:2015, McAlearney et al:2016, Albury:2005, Bergsland et al:2014). Dette for at sykehuset ikke skal tape penger på å ta i bruk nye innovative løsninger, som for eksempel videokonsultasjoner.

*«Det er altså slik at, jeg skulle ønske at det fantes ordninger som gjorde at det ikke gikk ut over inntektssiden, med nye måter å gjøre ting på. (...) Men det ligger jo ingen sånne, eller på forskningssiden er det jo innsatsstyrt finansiering til RHFet er til dels avhengig av forskningsproduksjonen, (...). Men det er ikke noe slikt på innovasjon. Hvis man fant gode måter å måle det på, så kunne man selvfølgelig også knytte det på finansieringen. Da ville det jo nødvendigvis tvinge seg fram økende interesse for det og økt fokus på det». – Klinikk B*

**«Men det mangler ganske mye på kompetansesiden og forståelsen»**

Det ser ikke ut til at det er en felles forståelse av hva innovasjon innebærer og hvilken forståelse som trengs for å drive innovasjonsprosesser i sykehuset. Dette gjelder ledere, toppleder, og medarbeidere. Det virker ikke som det er en gjengs forståelse. Klinik F1 sier at det å få kommersialisert noe i sykehuset er ei utfordring, og at det har med lederkompetanse å gjøre og manglende kompetanse og forståelse for hva innovasjon innebærer.

*«Og det har litt med deres kompetanse, altså jeg vet ikke hvordan jeg skal si det, men det har litt med ledelseskompetanse å gjøre, ledelsesforståelse å gjøre, opplever jeg..»*

Klinikk B2 sier at det er behov for mer opplæring om innovasjon, og spesielt når det kommer til kommersiell innovasjon. Denne lederen har selv tatt initiativ til å skaffe seg nødvendig kunnskap om innovasjon.

*«Etter kurset, for eksempel så har jeg definitivt lært veldig mye og jeg har forstått at hvis det er snakk om kommersiell innovasjon, ikke tjenesteinnovasjoner, men kommersiell innovasjon, så er man helt avhengig av å ha kompetanse rundt seg på økonomi, markedsføring, intellektuelle rettigheter osv. Man klarer ikke det alene.»*

Klinikk F1 sier at klinikere på sykehuset ofte har et urealistisk forståelse av hva som inngår i å kjøre et prosjekt. Og klinikerne mente at dette klinikken skulle egentlig bare gjøre hele jobben, og klinikerne vil ikke ta ansvar.

*«Dem skjønnte ikke, dem syntes at vi skulle kjøre hele prosjektet for dem, på sånn her ved-siden-av jobb. (...) Så det er ikke slik at vi har vanskelige samarbeidsforhold, men jeg tror nok det går litt deres forståelse av hva som er nødvendig og hvordan ting må gjøres.»*

Klinikk F1 hevder at det mangler grunnleggende kompetanse i forhold til teknologi.

*«Så blir det tatt ei beslutning som er helt feil, basert på at noen ledere ikke er tilstede, noen ledere mangler den forståelsen. Men det har med prioritering å gjøre og det har med kompetanse å gjøre. «*

Klinikk G sier at direktøren og styret er jo veldig opptatt av kontinuerlige forbedringer. Og det er jo kontinuerlige forbedringer, og det gjør at man fronter en sak, og dette gjør at det ikke er så lett å skjønne at man må tenke helt nytt.

*«Vi kan ikke bare forbedre de tingene vi allerede gjør, men vi må snu oss litt og gjøre ting helt annerledes. Den biten synes jeg mangler forståelse for, i sykehuset, men sannsynligvis også i de fleste andre HF»*

Klinikk C skulle ønske det var noen som hadde mer kunnskap og var litt mer «racere» på å skrive søknader til blant annet Norges forskningsråd og EU, og det å kjenne ulike reglementer, som for eksempel FDA (Federal Drug Agency) i USA. Om det var noen som hadde denne kunnskapen i sykehuset ville det forenklet og fremmet innovasjon i mye større grad enn det gjøres i dag.

*«Jeg tenker at det å ha folk som er «racere» på å skrive søknader, hjelpe oss med å skrive søknader og det å kjenner regelverket innenfor Norge og EU – spesielt, også det å kjenne til FDA regler i USA vil være veldig viktig. Der er Universitetet dyktigere enn sykehuset og Det regionale helseforetaket. Dem har folk som er god på det, og hvis vi kunne samarbeid om den kompetansen, så tror jeg vi kunne kommet mye lengere. Den delen tror jeg vi trenger.» - Klinikk C*

**«Nei, altså, jeg synes innovasjon er et veldig vanskelig begrep!»**

Direktøren mener at innovasjon er et veldig vanskelig begrep og at det er dårlig definert, og dermed vanskelig å forholde seg til.

*«Nei, altså, jeg synes innovasjon er et veldig vanskelig begrep! Og det er ikke for det at jeg har noen problemer med å forstå hva som ligger i det, men jeg synes det er et begrep som overlapper veldig mange andre begreper og når noen spør hva som er den unike kjernen i innovasjon, så synes jeg at det er veldig dårlig definert. Men for meg så er innovasjon en, et begrep som handler om å, skal jeg si, komme opp med nye løsninger på eksisterende problemer.» - Direktøren*

Direktøren lurer på hvorfor i huleste man skal komme opp med et nytt begrep som knapt noen, ikke engang direktørene forstår, for noe som det allerede finnes et begrepsapparat for.

*«Jeg oppfatter at det ikke er innovasjon om du kopierer noe som andre har gjort før. innovasjon, da kommer du opp med noe helt nytt som andre ikke har tenkt på. Det er min forståelse. (...) Nei, jeg er ikke så sikker på hvor klar forståelse de (RHFet) heller har av det (def. innovasjon) selv. Men det gir jo grunn til å stille et spørsmål, synes jeg. Hvorfor i huleste skal man komme opp med et nytt begrep som knapt noen, ikke engang direktørene forstår, for noe som vi for så vidt har et begrepsapparat som vi håndterer fra før.» - Direktøren*

Klinikk B1 synes også at innovasjonsbegrepet er litt uklart. Hva er forskjellen på forskning, innovasjon, utvikling og bare drift. «*» Jo, for det er litt uklart at hva det egentlig er for noe. Hva er forskning, hva er innovasjon og hva er utvikling og hva er egentlig bare drift?»* Det er altså behov for mer opplæring om hva innovasjon faktisk innebærer, og dette vil da være med på å «*avmystifisere*» begrepet betydelig, sier klinikk C.

*«Noen ganger så kan det være at det er et veldig sånt ullent begrep og også er det sånn at det er ulik forståelse på: hva er innovasjon, og må det være noe veldig stort for å kalle det for innovativt, det kan være med på at det virker sånn avskrekkende».*

–Klinikk C

*»Ja, jeg har jo nevnt en, som er forståelse av begrepet, at det i seg selv kan være hemmende. Innovasjon dukker jo opp i omtrent alle reklamefilmer man ser på tv, og stort sett så er det mye tull, så innovasjon blir, forståelig nok, det blir litt suspekt fokus over seg» - Klinikk G*

#### **«Hvis man har for sterk statlig styring så dreper man innovasjonsgrunnlaget»**

Noen av informantene er inne på forhold utenfor sykehuset som kan være hemmende for innovasjon. Blant annet Klinikk E som sier at det er innovativt å for eksempel skulle fusjonere mellom de store helseforetakene og de store universitetene, og det skaper frykt. I Norge strever en med å få til samarbeid mellom universitetene og sykehusene, og ikke minst med næringslivet.

*«Nei, i Norge strever vi med det (samarbeid). Det er dårlig i mellom de store helseforetakene og de store universitetene fordi at man av forskjellige grunner, politiske, personlige grunner så ønsker man ikke å gå inn i sånne fusjoner. Så de er redd for det, det er jo innovativt å gjøre noe sånt, og det er folk redde for.» - Klinikk E*

Klinikk F uttaler at har man for sterk statlig styring, dreper man innovasjonsgrunnlaget (Johannessen, Olsen og Skotvik: 2013). Det er en balansegang som må gå seg til.

*«Og det er en balansegang, på den ene siden så er det sterk statlig styring, hvis man har for sterk statlig styring så dreper man innovasjonsgrunnlaget. Og det er en balansegang som man nok ikke helt har funnet ut av ennå.» -Klinikk F*

Klinikk E sier videre at det ikke akkurat har vært en stor politisk vilje, ennå, til å satse innovativt i helsevesenet, og i alle fall ikke til å interagere med privat næringsliv, og industri (Borins:2002, Grünfeld:2016, Grund:2000). Det er liten kunnskap og erfaring med denne type samarbeid, hevder han.

*«Det har vi ikke hatt i Norge, og det har til dels vært...det er jo, om det ikke har vært politisk ugreit, så har det jo ikke vært sterk politisk stimuli til å interagere med privat næringsliv og industri og sånt, i hvert fall en periode. (...) Og som sagt, kanskje det aller viktigste, vi har veldig lite erfaring med det, lite kunnskap om det» - Klinikk E*

Klinikk F sier at det fra myndighetens side har vært litt skepsis til nye produkter og tjenester, og dette med opphav i at man utvikler mange små løsninger for et helt konkret problem, men det skaleres ikke opp. Det forblir bare småprosjekter, og tas ikke videre i systemet.

*«Men også fra myndighetssiden så er dem også litt skeptisk, nei ikke skeptisk til innovasjon som sådan, det opplever jeg ikke. Men sånn innovasjon i helsesektoren har vært veldig preget at det her at man skal utvikler masse små løsninger(...). Man lager løsninger for et helt konkret klinisk problem, som sikkert er kjempebra der, men som ikke skaleres opp, det blir bare en masse piloter, det snakker alle om hele tiden. At sånn er det.» -Klinikk F*

At staten har for sterk styring, kan være med på å hemme innovasjonen. For lite samarbeid mellom de ulike aktørene i markedet, kan også virke hemmende, og det å ikke få spredt innovasjonen ut i stor-skala virker hemmende, mener informantene. Det etterlyses igjen mer kunnskap om lover og regler, og mer samarbeid. Det samme gjelder mellom universitetet og universitetssykehuset, der bedre samarbeid etterlyses og ble nevnt som hemmer for innovasjon. Klinikk C skulle ønske det var støttefunksjoner som kunne hjelpe til med innovasjonsarbeidet. Informanten synes ofte at ting faller litt mellom flere stoler, hvem har ansvar for hva.

*«Det er jo støttepersoner som skal kunne hjelpe til i en prosess. Men jeg synes at ofte faller ting litt gjennom flere stoler – hva er sykehuset sitt og hva er RHFet sitt og hva er Universitetet sitt ansvar? Ofte er det flere fagmiljøer som jobber i lag, så jeg synes ikke de støttefunksjonene er tydelig nok – i hvert fall ikke fra mitt ståsted». - Klinikk C*

Klinikk E har lenge vært frustrert over at det er for dårlig koordinert samarbeid mellom universitetet og universitetssykehuset. Begge organisasjonene bygger opp sine egne



administrative støttefunksjoner for innovasjon, og disse består gjerne av de samme personene. Og dermed konkurrerer de samme personene om de samme midlene i to ulike organisasjoner.

*«(...) men det er jo Universitetet og Universitetssykehuset som er de virkelig store og tunge kunnskapsbedriftene. Og når det gjelder helse, så er det sånn at, jeg tenker at det er uheldig at vi driver og bygger parallelle administrative strukturer for, for eksempel, innovasjon. Vi har bygd opp, og bygger opp en struktur på Universitetet, og man bygger opp på RHFet og ved Universitetssykehuset. Det er de samme menneskene, det er den samme kunnskapen, de samme målene.» - Klinik E*

Dette er en hemmer for både det å søke om midler, og om kompetanse i egen organisasjon (Sommerbakk et al:2016, Kim & Chung:2017, Grund:2000). Igjen etterlyses det støttefunksjoner som kan bistå i arbeidet med innovasjon i sykehuset.

### **Oppsummering**

Det er en del hemmere som går igjen i analysen, og det er at det er mangel på kunnskap om innovasjonsprosesser (Albury:2005, Grund:2000), og manglende infrastruktur (Sommerbakk et al:2016) til å håndtere innovasjon. Det etterlyses i ulike situasjoner, enten søknadsskriving, IP rettigheter, samarbeidsarenaer, lover og regler (Bergsland et al:2014). Jeg har oppsummert disse funnene i en tabell bakerst i dette delkapittelet.

#### **4.2.2 Fremmere for innovasjon**

I dette avsnittet presenterer jeg de fremmerne jeg har identifisert fra intervjuene, sortert etter type fremmere. RHFet hadde noen ideer om hvordan fremme innovasjon og hvordan få et mer positivt syn på innovasjonsarbeid generelt.

*«Men de må jo framsnakke innovasjon, de må la det være lov å komme med nye tanker, ideer, forslag, og de må kanskje prøve ut enkelte ting, være villige til det, for å få fram dette med innovasjon og nytenkning og gjøre ting på helt nye måter. (...) Så det er klart at en del av de tingene der, det er, det må gjøres inne i foretakene selv.» - Ledere RHF*

#### **Er innovasjon viktig å jobbe med?**

Informantene var enige om at innovasjon er viktig og nødvendig for å imøtekomme de

utfordringene helsevesenet står ovenfor i tiden framover med flere kroniske syke eldre og færre ressurser. Direktøren svarer på spørsmålet om det er noe som er greit å jobbe med når det kommer til innovasjon, altså om det er noen fremmere for innovasjon.

*«Hadde jeg visst det, hadde jeg ikke syntes det var så vanskelig. Det som er enklest, og som er mest konkret, det er jo når det blir duppedingser ut av det». – Direktøren*

### ***Innovation Champions***

Tre av klinikkene nevner at det er enkeltpersoner som jobber med innovasjon i klinikkene, og ellers er det rent tilfeldig. Disse enkeltpersonene og deres interesse for innovasjon ble nevnt som fremmere for innovasjon i klinikkene.

*»Jeg tenker at det er opp til enkeltpersoner og de gode kreftene som er ute i de ulike miljøene (...) det er ikke satt inn med tydelig fokus på innovasjon som begrep eller under paraplyen innovasjon». –Klinikk C*

*«Det er mulig at folk som er ansatt har gode ideer som de får komme med. (...) Men noen har en veldig sterk indre forståelse av hvordan ting kan forbedres og kan da tak i ting.» - Klinikk D*

*«Det er bra, men det er bare tilfeldig at vi har individer som har et bevisst forhold til innovasjon og som har egendriving til å få noe ut av det.» - Klinikk E*

***«Den store fremmeren for innovasjon for helsevesenet framover er rett og slett at det er nødvendig.»***

Innovasjon ut i fra nødvendighet var det flere av informantene som påpekte som en fremmer (Birken et al:2017, Barnett et al:2011). Det er enten nødvendig som følge av økonomi, tidsbruk, framgang av ny teknologi, ressurskrise, flere eldre med kroniske sykdommer med mer. Klinikk E1 sier at sykehuset er nødt til å være innovativ for å kunne betjene befolkningen med færre ressurser, og at innovasjon blir viktigere og viktigere.

*«(...) for vi blir jo tvunget, ikke til å springe fortere men til å betjene befolkningen med færre ressurser. Nød lærer naken kvinne å spinne. Vi er på en måte litt i...vi er litt der. Det er på en måte en drivkraft!» -Klinikk E1*

Klinikk E1 får til stadighet får høre at en har to jobber, den daglige jobben og så den jobben med å tenke ut nye måter å gjøre ting på. Det tvinger en til å tenke nytt, og til å gjøre ting på en annen måte. *«Vi får jo stadig vekk beskjed om at vi har to jobber, vi skal gjøre jobben vår og så skal vi tenke ut en måte vi kan gjøre den enda bedre.»* Klinikk B sier også at samfunnet er helt avhengig av innovasjon i helsesektoren for å håndtere de utfordringene vi står ovenfor.

*«Ja, jeg tror vi er helt avhengig av innovasjon. Men igjen i grenseland mot forskning og i grenseland mot tjenesteutvikling. Jeg tror vi er avhengige av noen litt store skritt for å håndtere de utfordringene vi står ovenfor. Det er veldig viktig.»*

Klinikk G er av samme oppfatning som Klinikk B og Klinikk E1, om at innovasjon er en nødvendighet for å imøtekomme de store utfordringene som helsevesenet står ovenfor.

*«Vi kan ikke fortsette sånn, altså hvis vi fortsetter sånn her, og uansett hvor mye vi forbedrer oss, så kommer vi til et punkt der vi ikke klarer å ta hand om de skrøpelige eldre eller alle kronikere og det presset som kommer på helsetjenesten. Så vi er nødt til å tenke helt nytt. Og det budskapet synes ikke jeg er kommet helt tydelig frem, at innovasjon er helt nødvendig for at helsetjenesten i det hele tatt skal overleve. Men i stedet så er vi veldig opptatt av det å forbedre det vi allerede er gode på».* –Klinikk G

Klinikk B3 hevder også at den største fremmeren for innovasjon bunner ut i nødvendighet.

*«Den store fremmeren for innovasjon for helsevesenet fremover er rett og slett at det er nødvendig.»* Klinikk F er enig i dette og sier at den ressurskrisen vi nå står midt opp i, og som bare blir verre, vil det tvinge seg fram en del innovasjoner. Og da står industrien klar.

*«Nei, det er helt riktig, med de utfordringene som helsesektoren står ovenfor, så er det jo helt klart det. Ressurskrisen som man står oppi, og som bare blir verre, det vil jo tvinge fram en del innovasjoner også, sannsynligvis.»* -Klinikk F

At innovasjon er en nødvendighet, var det flere av informantene helt klare på. Det er en fremmer for innovasjon, og det vil tvinge seg fram nye produkter eller nye metoder å gjøre ting på i helsesektoren (Birken et al:2017, Barnett et al:2011).

***«Det kommer til å bli en så heftig revolusjon at dere aner ikke, de neste 5-10årene»***

Klinikk G er den eneste av informantene som snakker om strategisk innovasjon der han

påpeker at denne helseregionen har noen spesielle forutsetninger, eller behov, som kan gjøre at regionen blir spesialisert på noen enkeltområder.

*«Og da tenker jeg på områder som denne regionen har helt spesielle forutsetninger eller behov for, og da handler det fort om klima, avstander og sånne type ting, der RHFet sa at dem ønsket et prosjekt, der dem ville se på Drone i beredskap. Det er en type strategisk innovasjon der man tenker at vi her i regionen kan ta en ledende posisjon på.» - Klinikk G*

Det var ingen andre informanter som hevet blikket ut over egen organisasjon annet enn Klinikk G. Klinikk A har delvis vært innom temaet, og det samme har for så vidt det RHFet, men ingen så tydelig som klinikk G. Å bruke regionen som en fremmer for innovasjon er en spennende tanke. Klinikk G har mange spennende tanker om framtiden i helsetjenesten og hvordan ting kommer til å utvikle seg framover. Han sier at det kommer til å skje masse spennende ting som det er vanskelig å forutse, men at det kommer, det er han ikke i tvil om.

*«Det kommer til å bli en så heftig revolusjon at dere aner ikke, de neste 5-10årene, i forhold til algoritmer, altså, alt som kan beskrives som en rekkefølge vil bli digitalisert, og det her vil bli overtatt av programvare. Altså, det er helt meningsløst i dag å utdanne seg til patolog eller røntgenlege, om 5 år er de borte, i hvert fall om 10 år, det vil være datasystemer som tolker de bildene. Det er en vanvittig fart på det her. Alt er basert på noe som heter «deep learning». Det er maskiner som lærer seg å etterape mennesker. Ja, sykepleiere blir ikke erstattet med det første, i hvert fall. De er kanskje de aller siste eller aldri, men mye at legene blir – kan bli utskiftet med maskiner i stedet.» -Klinikk G*

Den raske utviklingen av teknologi og medisinsk teknisk utstyr som vil forenkle eller forbedre dagens behandlingsformer er en fremmer for utviklingen i sykehuset (Christensen et al:2000)

**«Det er svært sjelden at noen stritter veldig imot nye ideer»**

Ved spørsmål om organisasjonen er villig til å ta i bruk ny teknologi (Long et al:2015, Ruiz-Jiménez et al:2016), svarte Direktøren det er sjelden at han opplever at noen stritter veldig imot nye ideer, og det å prøve ut noe nytt. Han har et inntrykk av at sykehusets ansatte bestandig har vært positiv til å prøve ut nye ting.

*«Min opplevelse er at sykehuset som organisasjon som gjennom våre ganske mange 1000 ansatte bestandig har vært positiv til å prøve ut nye ting. Det er svært sjelden at*

*noen stritter veldig imot nye ideer, og prøve noe nytt når det er snakk om den type ting som vi har snakket om nå.» -Direktøren*

Klinikk B, er ikke helt enig, og sier at innovasjon er vanskelig å jobbe med, men om folk ser nytten i det, trenger ikke innovasjonene bli så krevende, men veien er ofte lang (Kim & Chung:2017). Produktinnovasjon er krevende, mens tjenesteinnovasjon er ikke fullt så krevende.

*«...det er i alle fall krevende, for eksempel type produktinnovasjoner som medikamenter, det er krevende. Det er vanskelig og krevende og utfordrende å jobbe med. Type tjenesteinnovasjon må ikke nødvendigvis være så krevende, men det innebærer endringer og omstillinger og som er utfordrende, alltid. Men hvis det er tilstrekkelig bra og folk ser nytten av det fort, så trenger det ikke bli så krevende, men det veien dit er jo ofte lang» -Klinikk B*

Folk må vite at en innovasjon er nyttig før de tar det i bruk, hvis ikke vil det være større motstand. Forstår de at det enten kommer en selv eller pasientene til gode, er det enklere å få implementert en innovasjon.

**«Jeg tror det skjer en gradvis endring i form av at det skjer en oppvåkning»**

Når Klinikk B får spørsmål om sykehuset har blitt mer innovativ, svarer han at det skjer en gradvis endring i form av en oppvåkning, og at det blir mer fokus på innovasjon framover. Dette stemmer godt overens med den litteraturen jeg har lest om at det må finnes finansiering til innovasjonsprosjekter (DIFI, Albury:2005, Sommerbakk et al:2016, Kim & Chung:2017, Grund:2000, Foyen:2011). Dette henger sammen med at det kommer penger fra RHFet, og fungerer som en motivasjonsfaktor.

*«Jeg tror det skjer en gradvis endring i form av at det skjer en oppvåkning, blir mer opptatt av og ser at vi må utvikle oss, og utvikle oss ganske raskt og at innovative løsninger og innovasjon er viktig. Så jeg tror at fokus på dette er økende, det tror jeg.»  
-Klinikk B*

Klinikk B sier at oppvåkningen henger sammen med at det kommer mer penger til innovasjon som det kan søkes på via RHFet, og det gjør det mer interessant å dra i gang noen prosjekter og prøve det. (...) fordi at man ser at det kan være mulig å få det finansiert. Det er klart at det er en nokså avgjørende motivasjonsfaktor». Muligheten til finansiering av innovasjonsprosjekter er en fremmer, helt klart.

**«Du kan søke om midler for å komme deg i gang med ting...»**

Flere av informantene snakket om innovasjonsutlysningen fra RHFet som en fremmer for innovasjon (DIFI, Albury:2005, Sommerbakk et al:2016, Kim & Chung:2017, Grund:2000, Foyn:2011). Disse midlene er med på å øke oppmerksomheten og bevisstheten rundt innovasjon. Klinikk G nevner innovasjonsutlysningen til RHFet som en fremmer for innovasjon, og at dette har vært med på å øke bevisstheten på sykehuset.

*«Innovasjonsmidlene. (...). Dette synes jo jeg var en viktig signaleffekt til alle som har valgt å søke om midler, tror det var 25 søkere til innovasjonsmidlene. Det betyr jo at folk har jobbet med dette, og det tror jeg har hatt en positiv effekt.» -Klinikk G*

Klinikk C nevner også muligheten for å søke om midler til innovasjonsprosjekter fra RHFet som en fremmer for innovasjon, bare prosjektet er lekent og spenstig nok. Det regionale helseforetaket viser vilje til å tenke nytt.

*«Du kan søke om midler for å komme deg i gang med ting, men jeg kan ikke se at det ligger sånn tilgjengelig at du kan søke om innovasjonsmidler – det har jeg ikke lagt merke til, men det er kanskje jeg som har sovet i timen....det går an å søke om midler for å frikjøpe folk i perioder, og man er raus – er det nok spenstige ideer – så skjer det noe». -Klinikk C*

**«Slik at du egentlig gjør det samme som før, bare enda bedre»**

Flere av informantene nevnte den trange økonomien til sykehuset som en fremmer for innovasjon. Klinikk D sier at det økonomiske trykket ut i negativ retning presser sykehuset til å gjøre nye ting. Det vil si at den økonomiske situasjonen til sykehuset krever nytenkning. Det presser fram innovasjon, og det presser fram omorganiseringer, forenklinger og gjør det samme som før, bare bedre.

*«Ja, det er jo alle de her økonomi innskrenkningene, altså det økonomiske trykket utenfra i negativ retning, om jeg kan si det sånn, presser oss til å gjøre nye ting. Så det presser fram innovasjon. Det presser fram omorganiseringer, det presser fram forenklinger og i visse sammenhenger så handler det da om å slutte å gjøre ting, men det kan jo da være innovativt å komme ut av en gammel situasjon. Dette fremmer.» - Klinikk D*

Klinikk E1 snakker også om den trange økonomien til sykehuset som en fremmer for innovasjon. «Det er kjemperelevant, for vi er jo på lik linje med andre, så kommer jeg nå rett fra et budsjett møte, og det er jo klart at vi ser jo hva vi må. Og da handler det jo om å gjøre

*ting på en smartere måte (...) men vi snakker om nye måter å gjøre ting på, og kanskje slutte å gjøre andre ting.»* Dårlig økonomi er en fremmer for innovasjon, for det krever at sykehuset må gjøre de samme tingene, bare på en enda bedre måte.

**«Det er veldig viktig å anerkjenne oppfinneren fordi det ofte er det som motiverer folk».**

Klinikk B2 mener at det er nødvendig å skape et sikkerhetsnett for de som ønsker å jobbe med innovasjonsprosjekter. Det er ikke bare, bare å skulle si opp fast jobb for å ta innovasjonen videre til kommersialisering.

*«Det som er nødvendig for å støtte folk som kommer med gode ideer er sikkerhetsnett, altså at de får permisjon fra sine faste stillinger i den tiden som er nødvendig for å jobbe med innovasjonsprosjekter. De må få frikjøp for det er ingen andre som kan bringe ideene videre enn de entusiastene som skapte og fødte ideene (...) Ja, dette er viktig, for eksempel om jeg sitter på et svar på hvordan vi kan kurere kreft, er det ingen andre som kan og kommer til å jobbe videre med min ide, det er jeg som må jobbe med dette, men jeg kan ikke si opp min stilling før jeg vet at jeg er trygg andre steder – av forskjellige grunner som for eksempel huslån.»* -Klinikk B2

Samarbeid er en av de viktige suksess faktorene som er nødvendig for å til vellykket innovasjonsprosess. (Tidd, Bessant og Pavitt; 2005;474). Innovatører må samarbeide med kundene for å utvikle mer meningsfulle opplevelser for kunden, som da vil få mer enn de virkelig ville ha (Chesbrough (2011:2-4). Klinikk B2 mener at Norge burde se til andre land, for eksempel til Sverige, når det kommer til hvordan de har løst noen av utfordringene med IP rettigheter. I Norge er det arbeidsgiver som eier rettighetene til din ide, mens i Sverige er det en tredelt løsning, der både arbeidsgiver, ideeier og TTOen får sin andel.

*«Det er også litt interessant det som gjøres i Sverige –de er jo veldig flinke på innovative løsninger, ta vare på ting og lage business av det. Der har de et annet system enn i Norge – i Norge så er det slik at hvis du er ansatt og har en ide – så kan din arbeidsgiver overta rettighetene, men oppfinneren har rett til å få en andel av netto inntekt ved kommersialisering. I Sverige er det også slik at inntektsfordeling er tredelt, både institusjonen, ideeieren og en TTO har rett til eventuelle inntekter, men der er det oppfinneren som eier IPR. Der mener de at det er veldig viktig å anerkjenne oppfinneren fordi det ofte er det som motiverer folk».* – Klinikk B2

**«...at rådgiverne som er der hadde innovasjon som en del av sitt oppdrag»**

Om sykehuset hadde hatt støttesystemer som kunne bidratt i innovasjonsprosessene, ville det være en stor fremmer. Klinikkk B3 syntes det var en kjempeide at alle klinikkene kunne hatt egne rådgivere som hadde innovasjon som et av sine arbeidsområder.

*«Ja, ja, ja – himmel og hav, eller at rådgiverne som er der hadde det som en del av sitt oppdrag. Det er egentlig et veldig godt forslag – om ikke annet på papiret at de hadde det et sted i bevisstheten.» - Klinikkk B3*

En fremmer for innovasjon ville være å ha støttesystemer og nøkkelpersoner på plass for å kunne bistå i arbeidet med alt det praktiske (Tidd, Bessant, Pavitt:2005, Borins:2002, Sommerbakk et al:2016). Det ville også være en bevisstgjøring i sykehuset om det var noen ansatte som hadde dette som en del av sitt arbeidsområde.

### ***Støtte fra det toppledelsen i RHFet gir motivasjon***

Klinikk G synes at direktøren i RHFet har vist bra interesse for innovasjon og direktøren i RHFet har skjønnt viktigheten med det. Direktøren i RHFet har vært opptatt av hvordan helsetjenesten kan jobbe annerledes, jobbe smartere og tenke nytt, det synes klinikk G har vært veldig bra.

*«Han (direktøren i RHFet) tar tak i noen områder i større grad, og det går spesielt på det her med hvordan robotisering og algoritmer kan erstatte folk. Det største problemet for helsetjenesten er jo mangel på folk i fremtiden, ikke nødvendigvis mangel på penger.» -Klinikk G*

Dette viser igjen at støtte fra den øverste ledelse er viktig (Albury:2005, Sommerbakk:2016), denne gangen øverste ledelse i RHFet, virker som en motivator og har et positivt syn på innovasjon.

### ***Suksesshistorier fra andre gir motivasjon til å være innovativ***

En entusiastisk informant fortalte om en suksesshistorie for innovasjon. Dette er en fremmer og øker motivasjonen for at andre kan drive med innovasjon. Klinikkk D har deltatt på et møte på sykehuset og fikk høre om robotkirurgi, som er innovativt. Det kom frem at vårt sykehus er det første som holder på med dette i Norge. Personen som har fått til dette, var egentlig



imot dette, men ble overbevist om at det ville komme pasientene til gode, og gi kortere behandlingstid og mindre strålebehandling.

*«Det er ikke for at vi har funnet det opp selv, teknologien er kjent, og det har vært prøvd ut annen form for teknologi og man har da holdt på med dette før øre-nese-hals i andre land, men i Norge er dette nytt. Det er en slags innovativ hendelse, likevel, som man da kunne feire og si «ja, vi var først» eller «vi hadde mot og vi fikk det til», eller «vi hadde en struktur som gjorde det mulig her». – Klinik D*

Oppfatning av innovasjonens betydning for en selv og for organisasjonen er en kritisk faktor når det kommer til implementeringen og ikke minst til resultatene (Kim & Chung:2017)

Klinikk D fortsetter sitt resonnement om at kostnadene ved robotkirurgi er ikke så veldig store som man kunne ha fryktet når man først har skaffet utstyret. *«Bare det å lage en slik maskin, DaVinci, bare navnet sier at dette er noe komplisert, interessant og innovativt, så da er man jo med på den innovative bølgen, kan man si, når man anvender det i den kliniske hverdag»*

Dette viser at suksesshistorier om innovasjon kan være en motivasjonsfaktor for andre som har planer om å starte med et innovasjonsprosjekt.

### ***Samarbeid på nye måter er innovasjon***

Samarbeid på nye måter er innovativt og er en fremmer. Informant i Klinik E1 sier at de har et prosjekt der de holder på å utvikle et journalsystem for pasientene, og hun sier at samarbeid er viktig. *«Det har aldri sittet helsepersonell i fra en kommune og sykehus i samme rom med tilgang til hver sin pasientjournaltype, og snakket sammen om samme pasient. Det har aldri skjedd før. Men det skjer her.»*

Klinikk C sier at innovasjon bør gjøres sammen med pasienter, brukere og pårørende, og at innovasjon bør organiseres annerledes enn i dag. Det krever kompetanse.

*«Jeg tenker at sånne ting må fasiliteres på en eller annen måte, så man må ha en kompetanse når man inviterer til det, men jeg tenker at det kunne vært veldig spennig å intervju lederen av brukerutvalget i sykehuset – hun (xx-navn), på hvordan dem ser på innovasjon og hvordan dem opplever innovasjon. Skal vi løfte oss et steg videre – så er vi nødt til å gjøre det sammen med pasientene, brukerne og pårørende. Da ville det vært veldig greit om en klinikk, sammen med avdeling X for eksempel tok initiativ til dette.» -Klinikk C*

Å samarbeide med andre eller samarbeide på nye måter kan gi spennende resultater og innovative ideer. Dette er brukermedvirketinnovasjon. Klinik G sier at

universitetssykehuset har større mulighet til å drive med innovasjon sett i forhold til de små sykehusene i regionen. Dette stemmer godt overens med Thune (2015) sier at sykehusene i høy grad samarbeider med andre aktører i helseinnovasjonssystemet om å utvikle nye produkter og tjenester, og mest med universiteter og forskningsmiljøer.

*«Men for universitetssykehuset så vil man jo ha en mye større mulighet og kapasitet til å måtte gjøre mer heftige ting da, siden man er flere og har bredere kompetanse og har større mulighet til å ta litt mer radikale grep.» -Klinikk G*

Klinikk C sier at det innovasjon er viktig for dette universitetssykehuset, fordi de kjemper om fagpersonell, og må derfor være åpen for å tenke nytt.

*«(...) , så er det nødvendig at vi er innovativ fordi vi kjemper om fagpersonell, vi har vanskeligere vilkår for å få tak i fagpersonell enn kanskje mange andre og da må vi være åpen for å tenke nytt og vi må være villig til å bruke penger som kan bidra til å utvikle tjenester og tilbud og helt nye måter å gjøre ting på». -Klinikk C*

Klinikk B2 sier at det må være et støtteapparat til å fange opp de gode ideene, et system for å lage planer og evaluere disse, og et system for å implementere gode ideer.

*«(...) Man må være på jakt etter gode tiltak som er kjent både nasjonalt og internasjonalt, utprøvd ved andre helseforetak og som man kunne vurdere automatisk å ta dette i bruk hos oss. Vi trenger ikke å lage alle nye ideer selv, vi bør screene og implementere, tenker jeg» -Klinikk B2*

Universitetssykehuset har større evne til å være mer innovativ enn de små sykehusene i samme helseregion. Dette er en fremmer for innovasjonsaktivitet. At sykehuset må kjempe hardere for å få tak i kvalifisert fagpersonell, som tvinger sykehuset til å tenke annerledes, er en fremmer.

### **Oppsummering fremmere**

Det er noen færre fremmere for innovasjon enn det er hemmere, noe som jeg finner naturlig. Det er enklere å identifisere hva som er vanskelig enn det som gjør ting lett med innovasjon. Jeg oppsummerer fremmere i en tabell bakerst i dette kapitlet, sammen med hemmerne jeg har identifisert.

### **4.2.3 Sammenstilling av mine funn**

I dette delkapitlet har jeg samlet alle hemmere og fremmere jeg har identifisert basert på analysen av 13 informanter gjennom semistrukturerte dybdeintervju.

- Det første som slår meg er at et ikke er en systematisk satsning og forankring av innovasjon i sykehuset, og det er en klar hemmer. Alle klinikkene utenom en nevnte dette som en hemmer. Direktøren og en klinikk etterlyste mer fokus og en klarere definisjon av innovasjon fra RHFets side. Det var to klinikker som mente at en mer systematisk satsning på innovasjon vil være en fremmer og at aktiviteten kan øke.
- Det var to klinikker som etterlyste en strategiplan for innovasjonsarbeidet i sykehuset.
- Fire klinikker trakk frem at det er enkeltpersoner som driver innovasjon i deres klinikker, som fremmer, ellers at innovasjonsaktiviteten beror mest på tilfeldigheter på klinikkene, som hemmer.
- Fire klinikker sliter med begrepet innovasjon, det er for uklart og for lite definert. Dette er en hemmer at forståelse av innholdet i begrepet ikke ensartet på sykehuset.
- To klinikker nevnte innovasjonsmidler fra RHFet som en fremmer for å øke både bevisstheten og øke aktiviteten rundt innovasjon i sine klinikker.
- To klinikker nevnte at måling av innovasjonsaktivitetene er vanskelig å måle, og hva er forskjellen på forskning, utvikling, kontinuerlig forbedring og innovasjon.
- At sykehuset er en stor og kompleks offentlig organisasjon, med store og byråkratiske systemer, var det tre klinikker som nevnte som hemmer for innovasjon.
- Motstand mot endring er også betydelig, det var fem klinikker inkludert Direktøren som trakk fram som hemmer for innovasjon. Det stemmer godt i forhold til den teorien jeg har lest.
- Det er kun en klinikk som nevnte tradisjoner på sykehuset som en hemmer, der det ikke er så enkelt å få til nye måter å gjøre samme ting på. Samme klinikk ville ha begynt innovasjonsarbeidet med å etablere en kultur for dette. RHFet og Direktøren snakket om at det er en bra innovasjonskultur i sykehuset, men at dette også kan bli bedre.
- Når det kommer til radikal innovasjon, var det kun en klinikk som var innom dette temaet.
- Det var kun en klinikk som nevnte en suksesshistorie fra andre som en fremmer for innovasjon i sin klinikk.
- En annen hemmer som skiller seg ut i denne tabellen er tjenestevei og infrastruktur. I dette ligger det at informantene savner et støttesystem som kan bistå i arbeidet med innovasjon

og lover og regler rundt dette, samt håndtering av IP rettigheter, søknadsskriving. Dette kom klart til uttrykk under intervjuene. Alle klinikkene utenom en nevnte disse som hemmere for innovasjon. En klinikk mente at tjenesteveien var blitt kortere til toppleder.

- Det ble også klart at det er ønskelig med mer kompetanse om innovasjon, og innovasjonsprosesser. Det er ulik oppfatning av hva innovasjon innebærer og selve begrepet er uklart for fire klinikker.
- Når det kommer til samarbeid om innovasjon med UH-sektoren og med næringslivet, er det fire klinikker som ser på dette som en mulighet for økt innovasjon, altså en fremmer. En klinikk mener at mangel på samarbeid er hemmende for innovasjonsarbeidet.
- Det var fem klinikker som sa at innovasjon er en nødvendighet i helsesektoren for å imøtekomme de utfordringene som kommer framover. Den økonomiske situasjonen til sykehuset tvinger også fram innovasjon og nye måter å gjøre de samme tingene på.
- Tre klinikker snakket om mangel på tid og ressuser tilgjengelig som en hemmer for innovasjon. Tid i form av at innovasjoner tar tid, det er tidskrevende å skrive søknader, det er ikke avsatt tid til innovasjon, frikjøp av ansattes tid til innovasjon var noen av hemmerne som ble nevnt.
- Kun en klinikk snakket om å bli motivert til innovasjon gjennom å ha hørt på andres suksesshistorier.

Hva	Hemmer	Klinikker	Fremmer	Klinikker
Prioritering, n'te ting	X	RHF, Dir, E, F1		
Fokuset til RHFet, innovasjon ikke definert godt nok	X	Dir, C		
Ingen strategiplan	X	E, G		
Ingen systematisk satsning og forankring på innovasjon fra ledelsen	X	C, F, G, B, E, E1, B1, B2	X	G, C
Enkeltpersoner og interesse, Tilfeldig innovasjonsaktivitet	X	B, D, E	X	C, D, E, G
Forståelse av innovasjon	X	Dir, B1, C, G		
Innovasjonsmidler			X	E, G
Innovasjon vanskelig å måle og rapportere	X	Dir, G		
Stor og kompleks offentlig organisasjon	X	B1, C, D		
IPR, Søknader, kommersialisering, lover og regler	X	B2, C, F		
Motstand mot endring	X	Dir, B1, D, E1, G	X	Dir, B

Innovasjonskultur/tradisjoner	X	G	X	RHF, Dir
Radikal innovasjon	X	G	X	G
Risiko med innovasjon	X	B2		
Usikker tjenestevei, infrastruktur	X	B2, C, E, F, F1, G	X	B3
Samarbeid med UH-sektor og privat sektor	X	E	X	B2, C, E1, G
Tid og ressurser	X	B1, B3, D, E		
Kompetanse	X	B2, C, F1, G		
Statlig styring	X	C, E, F		
Innovasjon er nødvendig			X	B, B3, D, E1, F, G
Suksesshistorier om innovasjon			X	D

Tabell 5: Hemmere og fremmere i et universitetssykehus i Norge

#### ***4.3 Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?***

I dette delkapitlet presenterer jeg funnene som beskriver hvordan ledere er med på å påvirke hemmere og fremmer i klinikken og ved sykehuset. Jeg har sortert funnene ut i fra hvordan lederne mener de kan påvirke hemmere og fremmere.

##### **Fokus og støtte fra toppleder**

Mangel på toppleders fokus er med på hemme innovasjon i sykehuset. Innovasjon bør løftes opp som et tema som alle skal jobbe med. Klinikkk G mener at det å ansette en person som skal jobbe med innovasjon i sykehuset, vil være helt feil måte å gå fram på, for dette er noe som alle skal gjøre. Vedkommende burde si opp med en gang, påstår han.

*«(...) da er det viktig at man har en direktør og at man har klinikkssjefene og at man løfter opp innovasjon som et tema som alle skal jobbe med. At man ikke ansetter en egen innovasjonsleder for eksempel (...), men jeg har alltid sagt at hvis man skal ansette en innovasjonsleder så bør personen si opp med en gang for innovasjon er noe som alle skal holde på med.» - Klinikkk G*

Klinikkk G forklarer videre at det må være satt av ressurser og det må et støtteapparat for innovasjon som er på lik linje med forskningen i sykehuset, det trenger ikke være så omfattende, men det må være avsatt ressurser til dette også. Her påpekes det at det mangler topplederforankring om innovasjon i sykehuset. Klinikkk C savner også mer fokus fra

toppledelsen når det kommer til innovasjon, og ønsker en enda mer tydelig prioritering av at innovasjon er noe som sykehuset skal jobbe med, og mener at det er ledelsen sitt ansvar med å tydeliggjøre dette ansvaret. Klinikk C savner også en tydeligere prioritering fra RHFet.

*«Ved å være enda tydelig i prioriteringen på hva vi skal holde på med (...) Det er jo ledelsen sitt ansvar, det er de som gir anbefalinger til styret, og det er styret som beslutter, men det går jo også på de prioriteringer som gjøres innad i regionen. På hvilke muligheter som man har. – (...) Ja, jeg savner en tydeligere prioritering fra RHFet. Vi har ei veldig liten befolkning, vi er spredt.» -Klinikk C*

Klinikk D sier at begrepet innovasjon ikke er mye brukt av direktøren i sykehuset, og det er fokusert mest på kontinuerlig forbedring, så ligger det i det at man må tenke nytt. *«Så når man skriver innovasjon i en strategiplan, så betyr det at man må tenke nytt, det er det det handler om, og av og til så kommer det opp noen glupe ideer som gjør det radikalt endret.»*

Klinikk G har også samme oppfatning som klinikk D om at innovasjon ikke er i fokus hos toppledelsen, og at om innovasjon skal lykkes må det begynne på toppledernivå. Det trengs opplæring, og kursing, og aller helst ha en som misjonerer for innovasjon inn i organisasjonen.

*«Ja, jeg tenker på det der med forankring i toppledelsen og det der med kultur henger sammen, og da tenker jeg at man bør ha en misjonær, altså man må ha noen som har det her fremst i panna og snakker om det hele tida og kommer inn på foretakene sine ledermøter og som kommer inn i de opplæringssystemene de har, komme inn i forhold til kontinuerlig forbedringsløpet, og i flere typer, altså alle fora der ledere samles og der man har kursing av ansatte, i hvert fall på ledernivå. Få inn en som kan snakke om innovasjon, forklare dem det her og på en måte ufarliggjøre begrepet, normalisere det her på en måte.» -Klinikk G*

Klinikk G nevner flere ganger under intervjuet at for å lykkes med innovasjon er man avhengig av å ha støtte fra toppledelsen. Det er en tung prosess å skulle jobbe med innovasjon utenfra og spre det oppover, sier informanten.

*«Ja, hvis dem greier å følge opp, altså man må få det her inn i ledergruppa, og man må starte på toppen med å få forståelse for hva innovasjon er for noe, og viktigheten av innovasjon. Så lenge dem ikke har startet der enda, så er jeg litt skeptisk. Å jobbe*

*med innovasjon utenfra og på en måte spre det her oppover – det er en tung prosess. Du må ha hjelp fra toppen». –Klinikk G*

Klinikk F skulle gjerne sett at innovasjon var mer på radaren hos ledelsen, og at det er en grad av ledelsesproblematikken. Det er naturlig at ledelsen er opptatt av den kliniske driften, men at innovasjon kunne fått litt større plass hos ledelsen, er et ønske.

*«Det kan nok være begge deler, men er nok en grad av ledelsesproblematikk i det, ja. Det er det nok. At fokuset er ikke der. Dem er jo veldig opptatt av den kliniske driften, og det er jo naturlig, og sånn skal det være. Men at man også har det litt på radaren om innovasjon.» - Klinikk F*

Klinikk D sier at det på detaljnivå angående innovasjon er overlatt litt til klinikkene å finne ut av selv. *«Men det er liksom på detaljnivå overlatt litt til klinikkene å finne ut av, og vi har jo også jobbet med vår strategiske utviklingsplan og da vil jeg ikke si at den bærer ikke veldig preg av at vi skulle være i stand til å tenke innovasjon. «*

Klinikk D oppfordrer sine medarbeidere til å komme med gode ideer, men det trengs nok mer fokus fra ledelsen. En epost nå og da fra medarbeiderne er ikke nok, det bør være mer systematisert.

*«Vi har nok oppfordret til at man skal komme med gode ideer, i hvert fall. Og noen kan komme til meg direkte eller sende en e-post, eller noe slikt. Men dette er nok noe som vi må ha mere fokus på, tror jeg, som dette når vi snakker om kontinuerlig forbedring. (...) Det kan ligge innovasjon i forslag, man ønsker at man skal få grasrotforslag opp i organisasjonen på forbedringsforslag, det kan være innovativt nytenkende å finne ut nye måter å håndtere praktiske ting på, hvis det er det man mener med innovasjon.» -Klinikk D*

Det kommer klart til uttrykk at det er svak fokus fra toppleders side når det kommer til å prioritere innovasjon i sykehuset. Dette er en hemmer for innovasjon (Gutberg og Berta:2017, Birken et al:2015, Albury:2005, Sommerbakk:2016, Kim&Chung:2017). Så det toppleder kan gjøre er å igangsette tiltak som viser at dette har fått større plass i organisasjonen, enten ved å få innovasjon nedskrevet i strategidokumenter, dialogavtaler og vise med tydelighet at dette er noe som sykehuset nå skal jobbe med. Når det gjelder støtte til innovasjonsarbeid fra toppledelsen svarer klinikk B, at direktøren og toppledelsen er opptatt av innovasjon uten at

de har daglig fokus på det. Toppledelsen er opptatt av de utfordringene helsevesenet står ovenfor, og ledelsen er positiv til nye og gode ideer å gjøre ting på.

*«Nei, det det varierer liksom fra prosjekt til prosjekt, tror jeg, og i hvilken grad det skal være det og, men altså, jeg er en del av ledelsen, men den aller øverste ledelsen med direktøren er også opptatt av dette uten at de har daglig fokus på det, det tror jeg vi kan si. De er jo veldig opptatt av de utfordringene vi står ovenfor, gode ideer og gode nye måter å gjøre ting på som skal komme fram. Det er jo støtte til det.»*

-Klinikk B

Samtidig sier klinikk B at innovasjon ikke har klart å bli prioritert høyere innenfor egne budsjetttrammer. *«Men vi har jo ikke klart å prioritere det høyere innenfor egne budsjetttrammer med konkrete innovasjonstiltak. Det har vi ikke gjort, det har ikke nådd opp i prioriteringene de siste årene».* –Klinikk B

I følge Klinikk B1 så ønsker ledelsen å være i forkant av utviklingen, og ønsker ikke å stå bak og være de siste som tar i bruk nye ting.

*«Jo, jeg synes det, og jeg synes at det går igjen i klinikken, blant klinikere, og det går igjen i de støttefunksjonene, og ikke minst i ledelsen på sykehuset at sykehuset ønsker å være i forkant av utviklinga, vi ønsker ikke å stå bak og være de siste som tar i bruk nye ting. Vi ønsker å finne ut av hvordan kan vi forbedre oss, vi ønsker å finne ut av flaskehalsen i pasientflyt.»* -Klinikk B1

Klinikk F1 opplever at dem har god støtte fra toppledelsen fra sykehuset når dem har behov for det. Leders oppfatning er at direktøren har god forståelse og svarer raskt på henvendelser fra dem. I og med at informanten nå er avdelingsleder, føler informanten at tjenesteveien har blitt kortere til ledelsen.

*«Du kan si at vår tjenestevei er jo på en måte blitt... Det kan hende at den egentlig var like kort før, men jeg føler at den har blitt kortere nå. Men det kan jo hende at det er fordi at jeg nå er avdelingsleder og at jeg trenger kun å snakke med min leder i forhold til ting, (...) Men vi ser jo at de gangene vi trenger noen svar fra direktøren, så får vi det. Og vi har hans støtte. Så jeg synes det fungerer godt nå. Det er min opplevelse av det.»* -Klinikk F1

Det er flere av informantene som uttrykker at de har god støtte fra direktøren og toppledelsen når det kommer til å komme med nye og gode ideer til å gjøre ting bedre på. Andre



informanter uttrykker at innovasjon ikke har toppleders fokus og direkte støtte. Direktøren benytter ikke ordet innovasjon, men heller nytenkning, kontinuerlige forbedringer og utvikling.

*«...at det har en forankret lederstøtte for at man faktisk skal jobbe med dette.»*

Klinikk G uttaler at lederne må bli mer oppmerksomme på innovasjon, og at resultatene av innovasjon bør få samme oppmerksomhet som folk som har fått publisert en artikkel på et nivå 2 tidsskrift. *«(...) så må man også ha oppmerksomhet rundt folk som også får tid anledning til å jobbe med ting litt utover det man vanligvis gjør. Da må du ha klinikkledere som sier at det er ok, det er viktig og de skal vi gjøre».* –Klinikk G

Det klinikk G sier her er at også klinikklederne bør bli flinkere til å berømme innovasjonsaktivitet, og vie resultatene positiv oppmerksomhet. Det er per i dag mer status å publisere nivå 2 artikler, og gir mer oppmerksomhet. Klinikk B2 har prøvd å påvirke sin nærmeste leder til å jobbe mer med innovasjon. *«Jeg har prøvd å gi signaler til min leder at dette er noe som vi bør jobbe med. Jeg ser på dette som veldig interessant og relevant for avdelingens virksomhet...»* -Klinikk B2

Klinikk B2 har forsøkt å få til en innovasjonspris i avdelingen, men dette ble ikke vel mottatt i lederteamet, og forslaget ble nedstemt.

*«Det var diskutert i lederteamet hvorvidt vi burde innføre innovasjonspriser men det var ikke enighet om det. Flertallet mente at det var tilstrekkelig å premiere innovatører med diplomer og stemte mot innføring av økonomiske insentiver»*

Det informantene sier de gjør, eller kan gjøre, for å påvirke hemmere til å bli fremmere for innovasjon når det kommer til manglende lederstøtte er å bli mer oppmerksomme, berømme sine ansatte mer og vise positiv oppmerksomhet. Å innføre en innovasjonspris kan være en måte å fremme innovasjon (Johannessen, Olsen og Skotvik:2013, Kim&Chung:2017).

Klinikk E sier videre at for å bli bedre på innovasjon så trenger man opplæring, og noen personer med interesse for å drive med det. At innovasjon er forankret i ledelsen, er viktig, for å vite at man faktisk skal jobbe med dette, sier klinikk E.

*«Nei, da må man jo, vi må jo gjøre det som med alt annet man skal lære seg, man må sørge for at noen er god på det, at det har en forankret lederstøtte for at man faktisk skal jobbe med dette. Og så må man ha noen metoder og noen verktøy og et*

*støtteapparat som kan bidra til at de menneskene som kanskje har evnene og interessen for å jobbe med innovasjon, får de hjelpemidlene som skal til for å kunne få det til.» -Klinikk E*

Det lederen her foreslår er at en må forankre lederstøtten om at innovasjon er en aktivitet som det skal satses på, og at det må på plass metoder og verktøy og et støtteapparat som kan hjelpe de personene som er innovative til å fortsette å være det. Klinikk B1 forklarer at han som leder lukker ikke døra og finner ut av ting alene. Det er viktig å finne ut hva som er viktig å fokusere på nå.

*«Ja, det er jo en veldig sånn interaktiv øvelse i ledelse. Altså hva er det som er viktig å fokusere på nå. Og det er jo ikke noe som jeg lukker døra og finner ut av selv her, det må man gå til sine ledere igjen, jeg må gå til min nærmeste leder, og han må igjen gå til sin nærmeste leder og diskutere disse tingene, og så må man følge med i mediabildet...» -Klinikk B1*

Det klinikk B1 sier at man kan ikke komme opp med alle de gode ideene alene, det må gjøres i samarbeid med medarbeiderne og med hans øverste ledere.

### ***Innovasjonskultur i sykehuset***

Klinikk G påstår at sykehuset ikke har en kultur for innovasjon ennå. Det eksisterer ikke de rammebetingelsene som gjør at innovasjon blir løftet opp. Det eksisterer ikke et system for å måle innovasjonsaktivitet på, på samme måte som det gjør med forskning.

*«Nei, jeg vil ikke si det, selv om man driver innovasjon, så har man ikke de rammebetingelsene som gjør at det her løftes opp, altså på lik linje som man har en forskningspris, så har man ikke en innovasjonspris. Man blir ikke målt i forhold til hvor mye man forsker, eller man blir målt på hvor mye man forsker, men ikke på hvor innovativ dem er.» -Klinikk G*

Å bygge en innovasjonskultur er noe av det første som må på plass, det å vite helt klart å tydelig at innovasjon er noe sykehuset skal drive på med (Kim&Chung:2017, Tidd, Bessant og Pavitt: 2005, Bergsland et al:2014). Systemene for innovasjonsaktivitet må på plass for å fremme innovasjon er en måte å bygge kultur. Dette er noe lederne må gjøre kontinuerlig, for kultur tar tid å få på plass. Klinikk G ville begynne med å skape en kultur for innovasjon og ikke nødvendigvis med struktur generelt sett, og fått inn en ildsjel, og fått innovasjon som et tema som alle avdelinger må gå gjennom, også på lederopplæringen.

*«Altså, jeg har jo en klar preferanse for å jobbe med kultur og ikke med struktur generelt sett. Jeg tror det er mere virkningsfylt, sånn at det å skape symbolikk og oppmerksomhet rundt innovasjon tror jeg er viktigere enn handlingsplaner, for å si det litt grovt om dialogavtalen.» - Klinikk G*

Klinikk B2 sier noe om sine ønsker om innovasjon i framtiden, og det er ansvars plasseringen må tydeliggjøres (Herzlinger: 2006), det må bygges en innovasjonskultur i hele sykehuset, og mer opplæring må gis om innovasjonsarbeid

*«Ansvars plasseringen må tydeliggjøres, samarbeid med TTO må forbedres, det må være opplæring om innovasjonsarbeid, det må bygges kultur på hele sykehuset. (...) Kurs, foredrag, seminarer og møtearenaer der man kan diskutere sine ideer og innovasjonsprosjekter med kollegaer – Et godt eksempel av innovasjonsfremmende tiltak er FRAM innovasjonssenter i Trondheim ....» - Klinikk B2*

Å bygge en kultur for innovasjon er det et par informanter som er opptatt av. Å skape positiv oppmerksomhet rundt innovasjon er viktigere enn å lage handlingsplaner, hevdes det (Albury:2005, Sommerbakk et al:2016, Kim&Chung:2017, Tidd, Bessant og Pavitt: 2005, Bergsland et al:2014).

### ***Utydelige signaler fra ledelse***

Klinikk E sier at det er hans ansvar at han ikke har greid å tydeliggjøre hvor mye plass innovasjon skulle hatt i hans klinikk, når han får spørsmål om innovasjon er en del av hans arbeidsoppgaver.

*«Jada! Absolutt! Men det blir jo nødvendigvis også for meg da, det er jo for så vidt min skyld at det ikke, at jeg ikke har greid å tydeliggjøre det mer i organisasjonen vår hvor stor plass det skulle ha i resten.» -Klinikk E*

Det å være en tydelig og klar leder om at innovasjon er noe som skal gjøres, er en måte å endre en hemmer til en fremmer for innovasjon. (Ruiz-Jiménes et al:2016, Isomäki:2017)

### ***Kunnskap og opplæring***

Klinikk E synes absolutt innovasjon er vanskelig. Informanten sier at de har for dårlig kunnskap og opplæring i innovasjon og metodearbeid.

*«Ja, jada, innovasjon er jo i utgangspunktet for oss fordi at det vi har relativt dårlig opplæring på det, vi har spredt og ustrukturert kunnskap om det og metodearbeid om innovasjon har vi ikke noe erfaring med i organisasjonen.» -Klinikk E*

Ledere mangler kunnskap om innovasjon, og det de kan gjøre for å få mer er opplæring og kurs. Dette vil gjøre dem bedre i stand til å ta bedre beslutninger på rett grunnlag (Albury:2005, Grund:2000, Sommerbakk et al:2016, McAlearney et al:2016).

### ***Motstand mot endring***

Flere av informantene har noen teknikker for hvordan de håndterer ansatte når motstand mot endring melder seg i klinikken. Når klinikk D får spørsmål om hvordan medarbeiderne forholder seg til innovasjon, og om han selv er pådriver, svarer han at han er pådriver. Han har oppfølgingsmøter, og der stiller det krav om at det og det problemet må gjøres noe med, og det er jo i seg selv et påtrykk på å finne innovative løsninger. Leder tør ikke bruke ordet innovasjon, for da høres lederen ut som Petter Smart. Denne lederen stiller krav til sine ansatte.

*«Jeg er en pådriver for det, uten å si det. Hvis jeg sier til deg at nå må du finne på noe innovativt, da vil folk få hetta, unntatt de som har de gode ideene da. (...) Så spørsmålet er om vi skal kalle det for forbedringstiltak eller innovasjon. Og noen vil ikke si at jeg ikke tør å bruke ordet innovasjon, for da høres jeg ut som Petter Smart, ikke sant». –Klinikk D*

Ved spørsmålet om hvordan klinikk D håndterer medarbeidere som er veldig imot endring, svarer han at det er jo ofte en prosess, og at dem snakker om det i klinikken. Noen gangen får han medarbeiderne med på endring ved første forsøk, eller på andre og tredje forsøk. Klinikk D sier at han som leder må ha sterk nok motivasjon og utholdenhet til å stå ut løpet.

*«Det er jo om å gjøre å bli overbevist, ikke sant, at ting kan gjøres på en annen måte. Så den innebygde motstanden vi har mot endring, den krever målbevisst motarbeidelse hvis man skal få gjort noen endringer. Og da er det jo spørsmålet om man som leder har sterk nok motivasjon eller utholdenhet til å få det til. Og motstanden kan være sterk, så sliter man av og til da, men det er nok nødvendig å være pådriver for endring og i den grad innovasjon, altså finne på nye ting, er det ofte det som er løsningen» - Klinikk D*

Hvis medarbeidere ikke ser fordeler med en innovasjon, vil de mest sannsynlig motarbeide innføringen. De ansatte må skjønne resultatene av innovasjonen før dem har lyst å gjøre det. (Kim & Chung:2017) «Netttopp! Man må se fordelene. Det heter «What's in it for me?», sier klinikk D. Informanten sier videre at motstand mot endring er noe som vi sliter med, det ligger i mennesket natur. Og da handler det om ledelse på alle nivå, og bruke medarbeiderne, ha personalmøter, temadager med videre for få fram de gode forslagene.

*«Motstand mot endring som er et forhold som vi sliter litt med, men det er ikke bare her, altså, det er over alt. Så det er menneskets natur. (...) Dette handler om ledelse, helt ned på ledelsesnivå, bruke medarbeidere, ha personalmøter, temadager osv, få fram gode forslag, så der tror jeg det er noe å hente, absolutt. Så man ikke går glipp av de gode ideene, det har vi ikke råd til.» - Klinikk D*

Klinikk D involverer sine medarbeidere og forsøker å overbevise dem om at denne innovasjonen er noen som er nyttig enten for medarbeiderne eller for pasientene. Det handler om å overbevise, sier informanten (Lister et al:2017, Grünfeld:2016, Rydland:2015, Hennestad og Revang;2017). Å være åpen for nye ting er en måte å fremme endring og innovasjon (Long et al:2015, Ruiz-Jiménez et al:2016).

#### **«Jeg tror det er uhyre viktig med lederengasjement, og lederinvolvering»**

En måte for lederne å fremme innovasjon er å vise sine medarbeidere støtte i det arbeidet de gjør. Medarbeiderne må få hjelp til å styres i den ønskede retningen, ved hjelp av metoder og hjelpemidler. Det er svært viktig at lederne viser engasjement og involverer seg, sier Klinikk B, hvis ikke dør interessen fort.

*«Jeg tror det er uhyre viktig med lederengasjement, og lederinvolvering, ellers dør det fort. Så det er nok en kombinasjon at sentrale medarbeidere har engasjert seg veldig, med god støtte fra lederen. Og til dels så har lederen engasjert seg solid i det».*

–Klinikk B

Klinikk E sier at det er nå flere i hans klinikk som har et positivt syn på innovasjon, og at nå er utfordringen å hjelpe dem til å styre dem i en eller annen bevisst retning.

*«Jeg vil ikke si at vi har hatt noe paradigmeskift i forhold til det, men det er jo absolutt mange i klinikken som har et positivt bilde av innovasjon, i dets vide betydning, det er det absolutt. Utfordringen er å hjelpe dem til å styre i en eller annen bevisst retning,*

*og som jeg sa i sted, og ha de metodene og hjelpemidlene som skal til for at de faktisk kan ha fokus på det i en viss grad. Og der strever vi med å få det på plass.» -Klinikk E*

Det denne lederen gjør er å hjelpe sine medarbeidere til å jobbe i en bevisst retning. De strever med å få på plass alle de metodene og hjelpemidlene som skal til. Klinikk E mener det er viktig å støtte opp om sine medarbeidere, og inspirerer sine medarbeidere til å jobbe med innovasjon. Lederen har hjulpet dem som har kommet med sine ideer og hjulpet dem med å finne de rette personene å kontakte i forbindelse med søknader med mer.

*«Ja, jeg har jo vært rådgiver for de som har kommet med disse ideene sine, og hjulpet dem med å finne kontakter med de rette miljøer og slikt, og selvfølgelig gitt dem tung lederstøtte i forbindelse med søknader og sånt. Så mener jeg at jeg inspirerer dem til å holde på med dette, da» - Klinikk E*

Klinikk E1 bekrefter det klinikk E sier. Lederen sier at hun antakelig har den mest innovative lederen i helse sykehuset, og at hun får god støtte av han i sitt arbeid. Hun sammenligner det å være leder som det å jobbe med innovasjon. *«Det er jo akkurat det samme, du skal jo få folk med deg, det er det det handler om».* En god leder ser sine medarbeidere, og Klinikk B1 har hatt møter med alle sine medarbeidere for å bli bedre kjent med dem. På denne måten viser han at han er interessert i sine medarbeidere og hva de driver på med.

*»som ny leder så tok jeg med tid til å møte alle mine medarbeidere, så nå har jeg hatt 48 møter. Jeg har møtt en og en, egentlig en unnskyldning for å sitte å drikke kaffe i hele sommer, hehe. (...) alle er engasjert og gira, det er veldig gøy, og alle har idéer. Og da er det bare å, jeg pleier å si at det er bare å sette opp ei lommelykt, og hvis dere går den veien hvor lyset er hen, så, hehe, så får dere finne ut hva som er der.» - Klinikk B1*

Som vi ser, så er lederne flinke til å støtte opp om sine medarbeidere som kommer med nye ideer og har lyst å drive med innovasjonsprosjekter (Ruiz-Jiménes et al:2016).

### ***Tilegne seg nødvendig kunnskap***

En av informantene synes ikke innovasjon er vanskelig å jobbe med, men at det hadde vært fint med mer opplæring på feltet. Vedkommende har tatt et grunnkurs i helseinnovasjon og entreprenørskap, og dette kurset var helt fantastisk. Vedkommende har fått støtte av sin leder til å gå på kurs.

*«Var det din leder som anbefalte deg å gå kurset? - Ja, min leder skrev anbefaling. - Godkjente lederen din søknad? Men kom det fra lederen at du burde gå? - Det kom ikke oppfordring fra min leder, det var mitt initiativ men anbefaling fra leder var et av opptakskrav på kurset – og jeg fikk den fra min leder. – Klinikk B2*

Det klinikk B2 har gjort er å selv sørge for å få den oppøringen vedkommende mente den trengte, med støtte fra sin nærmeste leder.

***«Jeg har prøvd å oppmuntre og støtte at disse prosjektene går framover»***

Klinikk B fremmer innovasjonsarbeidet med å gi støtte både økonomisk og som pådriver for å øke bruken av videokonferanser i konsultasjoner, få ned reisetid og deltatt i å få desentralisert helsetjenester til distriktene. Dette har han gjort ved å oppmuntre og støtte prosjektene slik at dem går framover:

*«Det er å ta det langt at jeg har vært pådriver for noen prosjekter, men jeg har nok bidratt, for eksempel det der xxxx-prosjektet, så har jeg forsøkt å bidra med noe finansiering fra sykehuset, vi har jo innovasjonsfond med litt midler, og som jeg har støttet noen prosjekter med, med det er jo ikke prosjekter jeg har funnet på. (...) Ikke med veldig hard innsats, men det er igjen ikke mine prosjekter, men jeg har prøvd å oppmuntre og støtte at disse prosjektene går framover.» - Klinikk B*

Klinikk D sier at sykehuset ønsker nye tanker og det er en pågående diskusjon om bottom-up eller top-down. Lederen sier at det kan være frustrerende å oppleve at man da blir styrt ovenfra i for stor grad. Det blir en lederoppgave å finne økonomi og sette det inn i et system, sier Klinikk D.

*«Og så ønsker man å få opp forslag nedenfra og opp, så blir det et møtepunkt. Spørsmålet er om du treffer på samme nivå, som den med tanken da, og at du forstår at noen systemer må styres ovenfra. Andre kan utvikles nedenfra og komme opp og bli implementert. Men det er jo noen med gode ideer nedenfra som blir møtt med forståelse ovenfra. Noen ganger så er forslaget som kommer ikke realitetsorientert, og da blir det et problem. Men det er jo da en oppgave, da, tenker jeg, å ta inn forslag å vurdere og se hva som kommer ut av det, ikke sant. Og så blir det da en lederoppgave å finne økonomi og sette det inn i et system.» -Klinikk D*

En måte som informantene har gjort for å fremme innovasjon, er å gi økonomisk støtte til innovasjonsprosjekter, enten i form av frikjøp av tid, eller med økonomiske ressurser (Kim&Chung:2017, De Vries et al:2016, Thune:2015, Grünfeld:2016).

**«...da må man være leder og bestemme litt. Noen ganger.»**

Klinikk E1 bidrar i flere endringsprosesser, og lederen begynner umiddelbart å bekymre seg for hvordan de skal få dette til. Denne lederen viser stor omsorg for sine medarbeidere.

*«Jeg er jo med på en del endringsprosesser, og ser jo at her må vi kanskje gjøre ting på en annen måte. Og så har jeg et godt utviklet bekymringsgen, så jeg begynner umiddelbart å bekymre meg for hvordan i all verden skal vi få dette til. Så ja.»*

-Klinikk E1

Klinikk E1 svarer at av og til må en som leder bare ta avgjørelser, det er det som er ledelse. Og at en må lytte til medarbeiderne, og støtte der en kan.

*«Nei, det er som jeg sier, da må man være leder og bestemme litt. Noen ganger. Og så man bruke litt... det er jo akkurat som når du har barn, det er best når dem selv kommer på ideene. Hvordan dem skal gjøre ting, ikke sant. Vi er akkurat sånn, vi mennesker vi også, når det er vår ide som... Men vi prøver å ta vare på det som kommer opp av, i hvert fall jeg som leder, er opptatt av at jeg skal høre på hva folk har av ideer og forslag. Det skal man høre på.»* -Klinikk E1

Det er viktig å være tydelig som leder, og er du det får du ofte medarbeiderne med deg når endringsprosesser skal i gang (Kim&Chung:2017, Rydland:2015, Isomäki:2017, Ruiz-Jiménez et al:2016).

**«Få med deg folk, for å si det slik, det er på en måte det viktigste.»**

En fremmer som informantene var klar på var at det å få med seg medarbeiderne i innovasjonsarbeidet er nødvendig. Klinikkene støtter sine medarbeidere, enten med å lytte og forstå, eller å tilrettelegge for innovasjonsaktivitet. Klinikk D har ikke sin klinikk en egen strategi for innovasjonsarbeid, men han har nedsatt et forskningsutvalg som skal koordinere forskningen i klinikken, og dette kan kanskje føre til innovasjon. På denne måten fremmer han innovasjon i sin klinikk.



*«Jeg har nettopp nedsatt et forskningsutvalg som skal koordinere forskningen i vår klinikk. Den har ikke kommet opp å stå enda fullt ut, og den er i en diskusjonsfase fortsatt for hvordan man skal bruke koordinerte krefter. Og klart det å samle krefter og få ideer fra hverandre, er da en del av en slik strategi, som kan føre til innovasjon.»*

- Klinikk D

Klinikk E1 sier at det er viktig å få folk med seg i innovasjonsarbeidet, at det er det viktigste. Og å finne ut hvem man må snakke med, og hvem man kan kontakte.

*«Hvis du har en sånn kjempeide som du faktisk ikke ser slutten på, så ser jeg, at de nærmeste som jeg ser, så er man veldig opptatt av å finne ut hvem som kan være aksjonærer i dette her. Hver er det vi må snakke med? Altså det der, få med deg folk, for å si det slik, det er på en måte det viktigste.»* -Klinikk E1

Klinikk B1 sier at innovasjonsarbeid ikke er noe man gjør alene, men sammen med andre:

*«Det er ikke jeg som skal løse det, men bidrag innenfor mitt kontor eller min kube som jeg sitter i, det kan jo være følgende. Så ofte er det jo litt sånn at du forteller ikke folk hva dem skal gjøre, men du peker litt på hvor problemet er, også finner ofte folk ut selv»* -Klinikk B1

Klinikk E oppmuntrer og stimulerer sine medarbeidere med å snakke med dem som er flinke med innovasjon, man må få med seg de som virkelig interesserte, og ikke bruke for mye tid på dem som gjør motstand.

*«Nei, det må du snakke med dem som er flinke til å gjøre det, men for det første så må man la være å stoppe opp fordi det er noen som synes at det man skal gjøre annerledes, og det man skal finne på er dumt, eller(...), og så må man sørge for å få med seg de som virkelig er interesserte, de som er personlige drivere og gi dem muligheten. Og så sørge for at de andre er ordentlig informert, og få være med på prosessene og de tingene som skjer. Og hvis de gjør det, så synes de aller, aller fleste at det er ok eller artig.»* - Klinikk E

Klinikk E har noen tanker om endringer og hvordan noen medarbeidere alltid synes at alt nytt er noe svineri, men at de egentlig er få. Klinikk E sier videre at de aller, aller fleste medarbeiderne synes det er veldig bra hvis det skjer noe, men at dem kanskje ikke har driven selv til å drive det.

*«Og så er det alltid noen som har lyst til å finne på noe og holde på med ting, og som har forskjellige egne grunner til hvorfor de er innovative. Og de har vi alltid hatt, og de har vi nå, og de trives selvfølgelig godt hvis de får til ting. (...) Men hvis de blir stimulert på rett måte, er det utrolig hva de fleste vil være med på.» -Klinikk E*

Klinikk C jobber som tilrettelegger for innovasjon for sine medarbeidere, og fungerer som støtte og oppmuntrer de miljøene som jobber med innovasjon.

*«Min jobb er vel å legge til rette for det og oppmuntre til det og ta hensyn til de miljøene som både har innovative tilnærminger eller har potensiale for å ha det, og det å være diskusjonspartner eller koble sammen miljø. Det oppfatter jeg som min oppgave (...) Jeg tror «noen er mer leken i hodet», for å si det sånn. Hvis disse kobles sammen med noen som er god på system eller forbedring – så skjer det ofte spennende ting altså.» – Klinikk C*

Klinikk C sier at medarbeiderne som jobber med innovasjon trenger støtte fra leder, det er helt nødvendig. Denne lederen gir anerkjennelse og oppmerksomhet.

*«Jeg tror at noen er veldig opptatt av innovasjon og det med nyutvikling, mens andre er mye mer passiv til det. Igjen, så er det jo noe med hvor mye vi ledere fremhever innovasjon. Jeg gjør det ved å både å koble inn miljøene men også å fremsnakke, det å være oppmerksom på og forstå arbeidet som ligger bak ethvert innovasjonsprosjekt, det å gi det anerkjennelse og oppmerksomhet.» –Klinikk C*

Klinikk C sier videre at det er hele tiden fokus på å tenke nytt og tenke forbedringer, og opp i dette må man ta hånd om medarbeiderne slik at de ikke føler seg truet, og det er leders oppgave å ha forståelse av hva som er hemmere og fremmere.

*«(...) så krever det at vi må jobbe på en sånn måte at folk ikke føler seg truet, og det krever at man har en forståelse av hva er begrensningene og hva er mulighetene, hva gir dette av ny kunnskap osv. og det gjør at vi må jobbe veldig sånn konsentrert inn mot de gruppene hvor de nye tingene skal skje (...), og da blir vår jobb som ledere og legge til rette.» -Klinikk C*

Klinikk C mener at man må dyrke frem medarbeidere som kommer med nye ideer og forslag til innovasjon. Det er ikke sikkert at disse medarbeiderne oppfatter at det de gjør er innovasjon, for begrepet ligger som et sånt stort begrep. *«Jeg tenker at de lederne eller medarbeiderne som kommer opp med ideer - dem må vi jobbe mye med og dem må vi dyrke*

*frem. Og vi har dem jo i hele systemet». Klinikk B2 legger til rette for innovasjon i sin avdeling. «... om å legge til rette, hvis det stimuleres for innovasjoner, så må det være trygghet, altså både incentiver og trygghet.».*

Det disse informantene har til felles er at de oppmuntrer og stimulerer sine medarbeidere som har en spesiell interesse for innovasjonsarbeid. Tilrettelegge for innovasjon er med på å fremme aktiviteten, og motiverer de ansatte. Å få folk med seg er viktig, sier disse informantene, det fremmer innovasjon.

### ***Involverer flere klinikker i innovasjonsarbeidet***

Klinikk E1 sier at deres klinikk ofte spiller inn ideer til resten av sykehuset, og at de tenker at dette prosjektet kan være bra for alle, og ikke bare hos dem.

*«Og vi tenker veldig fort at dette må gjelde hele sykehuset og ikke bare oss. Vi er veldig gode på å spille inn i fora der alle klinikkene er representert. Jeg er ikke alene i denne klinikken som tenker de tankene, vi er flere som sitter i lag og er gode på å spinne på ting» - Klinikk E1*

Klinikk D sier at deres klinikk nok må se til hva andre klinikker har gjort det på et visst område, og lære av hverandre. *«Hvis det er de store banebrytende gullfunnene så er det ikke veldig ofte, men kan også ha innovasjon med å lære av hverandre, da. Det kan hende at i vår klinikk så må vi se hvordan de gjør det i en annen klinikk på et visst område, og da skjønner man at det går an her også».*

Samarbeid med andre klinikker fremmer innovasjonsarbeidet på sykehuset. Det er også viktig å lære av andre for å se hvordan de har gjort det (Sommerbakk et al:2016, Borins:2002).

### ***«Ja, dem kan være innovatører uten å vite det»***

Klinikk G er en positiv og optimistisk leder som ikke synes innovasjon er vanskelig å jobbe med. *«Nei, det synes jeg ikke, jeg synes det er artig. Fordi det er nytt, det er spennende. Jeg synes alltid der er artig med nye ting.»* Dette viser en personlighet som er innovativ og proaktiv nye ting. Klinikk B sier at innovasjon er avhengig av ulike personligheter. Det er personlig legning, personlig interesse, og personlige egenskaper som skal til, sier han. Noen er mer kreative enn andre.

*«Det kan være vanskelig å si, det kan være helt personlig legning, personlig interesse og personlige egenskaper, noen er mer kreative og utviklingsorienterte enn andre. Sånn er det vi er skapt. Og så kan det være at noen har vært gjennom en endring og har noe de driver med som er kjempebra og som virker veldig bra og som kan motivere sterkt for å gjøre mer.» -Klinikk B*

Klinikk B sier også at det å se at andre har lyktes med innovasjon før, er en motivasjonsfaktor og en fremmer. *«Eller de ser noen andre som har fått til noe som er veldig lurt, og ønsker å få til noe selv i samme retning og på deres egen måte. Mens andre kan oppleve at de har prøvd noe nytt og nå kommer de med noe nytt igjen, og det skjer ingenting. Så det er veldig mye erfaringer, legning og erfaring».* –Klinikk B

Ved spørsmål om hvordan medarbeiderne forholder seg til innovasjon svarer Klinikk B1 at de er veldig interessert, og søker ut etter prosjekter.

*«Jeg tror at man er veldig interessert, (...) Dem er veldig gira på å finne prosjekter, dem søker ut i regionen og søker ut nasjonalt og et utviklings og innovasjonsarbeid på mange områder».*

Klinikk B2 ble spurt om hvordan medarbeiderne i enheten forholder seg til innovasjon. Selv mener vedkommende at innovasjon ikke kan være noe annet enn spennende.

*«Ja, dem kan være innovatører uten å vite det (...) Jeg tror det er stemning på avdelingen for at dette er spennende – og jeg mener at det ikke kan være noe annet enn spennende.» -Klinikk B2*

En av informanter bekrefter sin spesielle interesse for innovasjonsarbeid, og ser at det er engasjement som må til (Birken et al:2012).

*«Det er mulig at jeg har interesse for sånt, for det første så syntes jeg det var utrolig spennende å få det oppdraget som jeg fikk i 2012 der jeg måtte vurdere innovasjonspotensialet i forskningsprosjektene. Det var utrolig spennende å se hvor mange gode og flotte ideer som kom fra forskerne, det var helt fantastisk!»*  
-Klinikk B2

Noen av informantene trakk frem personlighetene til de ansatte som er innovative som en fremmer. Det var også noen av lederne som i seg selv er positive av natur og er nysgjerrige. Dette fremmer også innovasjon, slik jeg forstår det (Birken et al:2012, Lister et al: 2016).

### **4.3.1 Oppsummering av hvordan ledere påvirker hemmere og fremmere av innovasjon**

I dette avsnittet har jeg identifisert hvordan lederne påvirker hemmerne og fremmerne for innovasjon på sykehuset. Av hemmere er det direktørens manglede fokus som påvirker mellomlederne mest, og også deres egen lederstøtte til medarbeiderne. Motstand mot endring påvirker klinikkene på ulike måter, og det blir nevnt som hemmende for innovasjon.

Det som fremheves mest er at lederne selv støtter opp sine ansatte som driver med innovasjonsaktivitet, enten i form av økonomisk støtte eller med tidsbruk. De forsøker å oppmuntre og støtte dem som er innovative og kommer med nye ideer. Personlighet og en interesse for innovasjon er også noe som blir trukket frem som en fremmer.

## **5. Drøfting**

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte resultatene opp mot teori og annen relevant litteratur fra teorikapittel 2. Kapittelet er delt inn i to deler, der den første delen handler om det er like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene. I den andre delen vil jeg drøfte på hvordan mellomledere kan påvirke hemmere og fremmere for innovasjon.

### **5.1 Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?**

Resultatene fra denne studien, viser at det er ikke én spesiell hemmer eller fremmer for innovasjon på klinikkene og det er noen som er like og et par som skiller seg ut.

#### **5.1.1 Toppleders fokus på innovasjon**

Det regionale helseforetaket har tatt noen grep for å øke fokuset på innovasjon, deriblant har de lyst ut noen innovasjonsmidler som sykehusene kan søke prosjektmidler på. RHFet har også utarbeidet en Forskning –og innovasjonsstrategi for regionen. De har også iverksatt andre innovasjonstiltak, som jeg ikke blir å komme inn på i denne oppgaven. RHFet erkjenner at arbeidet med innovasjon kommer på toppen av alt det andre sykehusene skal drive med. Direktøren ved universitetssykehuset har bevisst valgt å ikke prioritere innovasjon, men heller satse på kontinuerlige forbedringer i sykehuset. Han sier *«det blir feil å si at vi har nedprioritert innovasjon, for vi har nedprioritert en ting opp og foran alt annet, og det er med kontinuerlig forbedring»*. Dette har da gitt utslag i følgende uttalelser fra en av klinikklederne

på sykehuset: «Vi har ingen klar og tydelig strategisk plan eller operasjonaliserte strukturer som jobber tungt med innovasjon, og det burde vi ha hatt».

Toppledere er med på å påvirke mellomlederens forpliktelse til innovasjon gjennom sin adferd og språkbruk (Birken et al:2015). Fire av fem klinikker mener at det er for liten fokus fra toppleder på innovasjon i sykehuset. En av klinikkene sier at det mangler infrastruktur rundt innovasjonsprosjekter. Toppledere har en kritisk rolle for å oppmuntre og støtte medarbeidere i innovasjonsarbeid, gjennom strategier og gjennom praksis. Å tilrettelegge for at medarbeiderne har den infrastrukturen som er nødvendig, er med på å oppnå målene med innovasjonen (Kim & Chung:2017). En måte direktøren kan sørge for mer fokus og forankring av innovasjon i sykehuset er å invitere mellomlederne til å delta i beslutningsprosesser rundt innovasjonsarbeidet. Dette vil være med på å øke engasjementet til mellomlederne og deres tro på selve innovasjonen. En annen måte kan være å utarbeide strategier og handlingsplaner for innovasjon. Direktøren kan også bevise at innovasjon er noe som skal gjøres, ved å snakke om det, ved å fortelle klinikkene at dette er prioritert arbeid (Birken et al:2015, Schultz:2012). Om ikke informasjon om strategier og satsning på innovasjon er prioritert fra toppleders side, vil mellomledere mangle den nødvendige kunnskapen som kreves for å undervise, støtte og oppmuntre medarbeiderne til å være innovative (Birken et al:2012). Toppleders forankring er en av forutsetningene for at innovasjon skal lykkes (Albury:2005). Om ikke topplederen er med, og støtter opp om aktiviteten, blir det for liten oppfølging av innovasjon (Kim&Chung:2017).

### **5.1.2 Lederforankring**

Alle fem klinikkene trakk fram lederforankring i en eller annen form som viktig for innovasjon. De opplever ikke at de har hatt en ledelse som har oppfordret dem til å tenke innovativt, og at dette på en måte er litt gjemt bort. En av informantene sier at det snakkes ikke om innovasjon eller forskning – det snakkes om kvalitet og pasientsikkerhet. En informant sier at han ikke har funnet noen dokumentasjon, rapporter eller saksframlegg som har omhandlet innovasjon i ledergruppa på sykehuset eller i styret. En annen informant sier at innovasjon ikke er en uttalt sak, at det faktisk skal jobbes med dette i sykehuset. Lederne er opptatte av innovasjon, men føler ikke at de har den nødvendige forankringen og støtten hos toppledelsen. Leders støtte og forankring av innovasjon er helt nødvendig for å få til en vellykket innovasjonsprosess i sykehuset (Birken et al:2012, Birken et al:2015). Toppleder og ledergruppen kan tilrettelegge for innovasjon med å gi økonomisk støtte, teknisk støtte,

mulighet for opplæring om innovasjon og ikke minst gi tid til å jobbe med innovasjon (Kim & Chung:2017). For å få til en vellykket innovasjonsprosess i sykehuset bør det være klare prosesser, mål og ansvarsfordeling. Dette er med på å forenkle beslutningen om innovasjonen og tillater enkeltpersoner å håndtere komplekse situasjoner gjennom å strukturere og spesifisere sykehusets mål (Schultz:2012, Tidd, Bessant and Pawitt:2005, Albury 2015, Kim & Chung:2017)

Samtidig som lederne ikke mener de får den nødvendige støtten og forankringen av innovasjonsarbeidet fra toppledelsen, så er de selv flinke til å gi støtte til sine medarbeidere. Dette funnet støttes av Thune (2015) som viser til at mange sykehusansatte opplever at ledelsen er pådrivere for innovasjon og at det gis personlige insentiver for å jobbe videre med innovasjon. Klinik D oppfordrer sine medarbeidere til å komme med gode ideer, men anerkjenner samtidig at det nok trengs mer fokus fra ledelsen. En annen informant sier at innovasjonsresultatene bør få samme status og oppmerksomhet som når ansatte har fått publisert en artikkel i et nivå 2-tidsskrift. Lederen sier «*Jeg er en pådriver for innovasjon, uten å si det. (...) Det handler om ledelse, helt ned på ledelsesnivå, bruke medarbeiderne, ha personalmøter, temadager og så videre. Få fram gode forslag, så der tror jeg det er noe å hente, absolutt. Så man ikke går glipp av de gode ideene, det har vi ikke råd til.*»

### **5.1.3 Nødvendighet**

Det var fem klinikker som sa at innovasjon er en nødvendighet i helsesektoren for å imøtekomme de utfordringene som kommer framover. Den økonomiske situasjonen til sykehuset tvinger også fram innovasjon og nye måter å gjøre de samme tingene på. Lister et.al (2017) skriver at for å imøtekomme stadig mer komplekse helseutfordringer, bør ledere i helsevesenet igangsette nye prosesser og implementere innovative løsninger. En av informantene mener at sykehuset er nødt til å være innovativ for å kunne betjene befolkningen med færre ressurser.

*«for vi blir jo tvunget, ikke til å springe fortere men til å betjene befolkningen med færre ressurser. Nød lærer naken kvinne og spinne. Vi er på en måte litt i...vi er litt der. Det er på en måte en drivkraft!» - Klinik E1*

Tradisjonelt sett har ikke helse planleggingen helt konkret oppmuntret til innovasjon. Grund (2006:177-178) sier at det tar flere år før god strategisk planlegging vises seg i organisasjonens kultur og virkemåte. Det sies videre at i kunnskapsorganisasjoner med sterke profesjonsgrupper må strategiprosesser forankres hos nøkkelpersonell. De ansatte på alle nivå

i organisasjonen må involveres helt fra det innledende arbeidet, slik at arbeidet med strategien ikke bare blir toppleders "lille baby". Grund (2006:179) refererer til Pettersen og Bjørnenak (2003) som sier at for å få implementert innovasjon må ledelsen fokusere på adferd og/eller på resultat. Jo større usikkerhet det er i omgivelsene, jo større krav er det til fleksibilitet og tilpasningsevne (Grund:2006;196)

#### **5.1.4 Tilgang på innovasjonsmidler**

Fire klinikker nevnte innovasjonsmidler fra RHFet som en fremmer for å øke både bevisstheten og øke aktiviteten rundt innovasjon i sine klinikker. En av informantene sier at innovasjonsmidlene fører til en gradvis endring i form av at det skjer en oppvåkning. Klinikk G mener at innovasjonsmidlene er en viktig fremmer for innovasjonsaktiviteten i sykehuset *«Innovasjonsmidlene (...) Dette synes jo jeg var en viktig signaleffekt til alle som har valgt å søke om midler, tror det var 25 søkere til innovasjonsmidlene. Dette betyr jo at folk har jobbet med dette, og det tror jeg har hatt en positiv effekt»*

En annen informant nevner trang økonomi i sykehuset som en fremmer for innovasjon, for det tvinger sykehuset til å gjøre det samme som før, bare enda bedre. *«Ja, det er jo alle de her økonomiske innskrenkingene, altså det økonomiske trykket utefra i negativ retning, (...) presser oss til å gjøre nye ting. Så det presser fram innovasjon»* - Klinikk D

Hvis det hadde vært flere økonomiske insentiver for å ta i bruk ny teknologi, som ikke ville gå ut over inntektssiden til sykehuset, ville det ha økt aktiviteten og lysten til å benytte dette i større grad. Sykehuset har innsatsstyrt finansiering, som betyr at de får betalt for hver konsultasjon som skjer på sykehuset, og taper dermed penger ved bruk av for eksempel videokonsultasjoner. Thune (2015) har funnet i sin undersøkelse at tilgang til ressurser fra RHFet, Norges forskningsråd, Innovasjon Norge og andre kilder er viktig.

#### **5.1.5 Innovasjon er tilfeldig**

Fire klinikker trakk frem at det er enkeltpersoner som driver innovasjon i deres klinikker, som en fremmer. Men det daglige arbeidet og arbeidsmiljøet i sykehuset kan begrense innovasjonsaktiviteten til enkeltpersoner. (Schultz et al:2012). Innovasjonsaktiviteten ellers beror mest på tilfeldigheter på klinikkene, og dette oppfattes som en hemmer på klinikkene. Det etterlyses igjen en strategisk satsning på innovasjon. Klinikk B2 synes at sykehuset mangler satsning på innovasjon. Alle ser nytten i innovasjon og det snakkes mye om dette.



Vedkommende sier at om sykehuset ikke finner nye og innovative måter å jobbe på, så vil ikke sykehuset klare oppdraget. Uten klare strukturer, fokusert ledelse og bevisste strategier vil ikke sykehuset klare sine samfunnsoppdrag, sier Grund (2006;200). En informant uttaler om innovasjonsarbeidet i sin klinikk *«Det er bruddstykker her og der (...) mens innovasjonen ikke har fått den type plass»*. Forskningsaktiviteten er grei nok, og har god oppfølging, mens dette mangler for innovasjonsdelen.

Ut i fra disse funnene om at innovasjon er tilfeldig og ustrukturert, kan jeg med sikkerhet si at det etterlyses mer tro på, mer fokus og struktur på innovasjon fra toppledelsen (Fisher og Rohde:2015). Her sier fire av fem klinikker at innovasjon er tilfeldig og ikke satt i system. Dette er en hemmer for innovasjonsaktiviteten i sykehuset.

### **5.1.6 Innovation champions**

Det var flere av informantene som nevnte at det er enkeltpersoner som driver med innovasjon i klinikkene, såkalte «champions» (Birken et al:2012). Disse har en spesiell interesse for å jobbe innovativt, og finne nye løsninger og andre metoder å jobbe på. Det var også etterlyst flere slike mennesker som kunne drive innovasjonene framover i sykehuset. Fire klinikker trakk frem at det er enkeltpersoner som driver innovasjon i deres klinikker, som fremmer. En av informantene sier at *«det er opp til enkeltpersoner og de gode kreftene som er ute i de ulike miljøene»*. En annen informant sier at det trengs folk og ildsjeler og misjonærer som kan løfte innovasjonen fram. Det sies også fra en informant at *«noen har en veldig sterk indre forståelse av hvordan ting kan forbedres og kan da tak i ting»*. Dette kan forstås som at klinikkene snakker om «innovation champions». En annen informant sier at det er bare tilfeldig at dem har *«individer som har et bevisst forhold til innovasjon og som har egendrive til å få noe ut av det»*.

*«(...)man bør ha en misjonær, altså man må ha noen som har det her fremst i panna og snakker om det hele tida og kommer inn på foretakene sine ledermøter»* -klinikk B

I følge Kim og Chung (2017) hevdes det at for at innovasjon skal lykkes kreves det forpliktelse fra alle nivåer i organisasjonen. Ledere i sykehuset må tilrettelegge for at de som er ivrige og har interesse for innovasjon har anledning til å fortsette med dette. Denne måten å lede på kan defineres som transformasjonsledelse (Johannessen og Olsen:2010;22). Når informantene beskriver ansatte med en egendrive til å jobbe med innovasjon, stemmer dette med de resultatene i forskningen til Kim og Chung (2017). De sier at innovasjon alltid har vært koblet mot personer med energi, entusiasme og som har kreativ innsikt for oppfinnelser.

Thune (2015:15) har funnet at det er et lite utvalg personer som ofte står for en stor andel av organisasjonens samlede innovasjonsresultater. Noen personer er mer kreative, kompetente, engasjerte eller har bedre muligheter til å drive med innovasjon enn andre, sier Thune.

### **5.1.7 Innovasjonsmåleindikatorer**

Direktøren og en klinikk nevnte at det er vanskelig å skulle måle innovasjonsaktiviteten. Det er også utfordrende å skulle prioritere innovasjonsarbeid på sykehuset, med alt det andre som også skal gjøres. Dette har RHFet også forståelse for, de sier at de skjønner at innovasjon blir enda en ting som sykehusene skal ha ansvar for. I følge klinikk G legges det opp til en innsatsstyrt finansiering av innovasjonsaktivitetene, på samme måte som med forskningsresultater og vitenskapelige publiseringer i Cristin. «Men innovasjon er ikke like enkelt, og det trengs gode systemer for å fange dette opp», sier lederen. Lederen sier videre at «det er jo kjempevanskelig å måle innovasjon».

Sivertsen (2015) har skrevet en rapport om *Måling av innovasjonsaktiviteten i Helseforetakene*, og der framkommer det at det er utarbeidet et forslag for et felles målingssystem for innovasjon. I denne rapporten står det følgende:

*«Innovasjon bør bli lett å måle, registrere og rapportere. Er det mulig å la dette skje av seg selv i innovasjonsarbeidet, uten ekstra rapportering? Parallellen i forskningen er den vitenskapelige publikasjonen. Den blir ikke til for at den skal måles, men som en integrert siste fase i forskningsprosessen. Måling av vitenskapelig publisering skjer med utgangspunkt i bibliografiske systemer som ikke er skapt for målingen, men for at andre forskere skal kunne søke, gjenfinne og lese publikasjonen. Finnes lignende kommunikasjonssystemer for innovasjonsarbeidet som av seg selv kan avgi data til målingen? Ja, TTO'ene bruker informasjonssystemer for å følge opp og kommunisere omkring innovasjonsforløp fram mot lisensiering. Samme eller tilsvarende systemer er tatt i bruk, eller er i ferd med å bli tatt i bruk, i helseforetakene for å følge opp tjeneste- og prosessinnovasjon. Disse systemene er spesialdesignet for å følge opp innovasjon – de er ikke vanlige systemer for prosjektstyring.»*

På Oslo Børs nettsider<sup>7</sup> står det at det nå er igangsatt et pilotprosjekt (Induct) med den hensikt å innføre innovasjonsindikatorer for alle helseforetak i Norge. Målet var å øke innovasjon og få et enda bedre helsevesen. Det er mulig at med disse tiltakene som er iverksatt vil det bli enklere å måle og rapportere innovasjonsaktivitetene i helsesektoren framover. Det er lov å håpe.

### **5.1.8 Stor og kompleks offentlig organisasjon**

Når det kommer til samarbeid om innovasjon med UH-sektoren og med næringslivet, er det fire klinikker som ser på dette som en mulighet for økt innovasjon, altså en fremmer. En klinikk mener at mangel på samarbeid er hemmende for innovasjonsarbeidet. At sykehuset i tillegg er en stor og kompleks offentlig organisasjon, med store og byråkratiske systemer, var det tre klinikker som nevnte som hemmer for innovasjon. Sykehus er en av de organisasjonene med størst grad av intern og ekstern kompleksitet. En av informantene sier at det å organisere innovasjon krever at en må tenke annerledes enn før.

*«Så er det jo 6 000 ansatte som man skal drive å ta hensyn til. (...) Det er ikke nok at jeg blir bedre, vi må lage hverandre bedre. Det er jo den store utfordringen med utviklingen, innovasjon eller forbedringer ligger, eller kvalitet, eller hva du vil kalle det.» - Klinikk B1*

Demografiske endringer, økonomiske markedskrefter og teknologiske endringer får betydning for hvordan sykehusene ledes (Johannessen og Olaisen:2004;13-14). Strategiske sykehusorganisasjoner bør unngå unødvendig byråkratisk rigiditet og bør heller stimulere til mangfold og kreativitet (Grund: 2006:196). Det kan se ut som at de klassiske hierarkiene forsvinner og blir erstattet med kompetansenettverk, lokalt, regionalt og globalt. Dette betyr at mange beslutninger kan bli tatt i førstelinjen os dem som er nærmest aktiviteten. Behovene til pasientene utgjør den informasjonen som er kritisk å ha i en mer temporært samfunn. Kunnskapen kan så utvikles til nye produkter, tjenester eller service (Johannessen, Olsen og Skotvik: 2013:74-76). I offentlig sektor er mindre avhengig av å være innovativ for å overleve, tradisjonelt sett, ifølge Grünfeld et al(2016;52). Forfatterne skriver også at store deler av offentlig sektor og offentlig byråkrati kvier seg for å ta risiko, selv om sektoren kan bære stor risiko i kraft av størrelse og utbredelse.

---

<sup>7</sup> <http://www.newsweb.no/newsweb/search.do?messageId=427951> (29.11.2017)

### **5.1.9 Motstand mot endring**

Direktøren i sykehuset sier at det bestandig er motstand mot organisatoriske endringer, som innebærer endring i organisasjonen eller med økonomien. Om disse får stå urørt, er lett å finne entusiastiske medarbeidere i organisasjonen som er med på endringene. Klinikklederne er ikke enig med Direktøren i dette. En av informantene sier at motstand mot endring er den største utfordringen mot innovasjon. Totalt var det 4 av 5 klinikker som nevnte motstand mot endring som en hemmer for innovasjon, der tre av disse nevner at det er avhengig av personlighetene til de ansatte som avgjør hvordan en takler endringene på. Og hvorfor er det slik? Den viktigste variabelen for og i endring er mennesker. Folk må ville forandre seg for å få til en endring, skriver Hennestad og Revang (2017:183). Offentlig sektor er også store byråkratiske organisasjoner som er strukturert for å utføre kjerneaktiviteten med stabilitet og konsistens, og dermed motarbeide endring og forstyrrelser i disse oppgavene (Borins:2002) Så det vil da være Direktørens oppgave å diagnostisere og håndtere de ansattes reaksjoner i organisatoriske endringer, og direktøren bør være strategisk og se mot omgivelsene (Kaufmann og Kaufmann, 2015:382).

Det er mange utfordringer som kan føre til at endringsprosjekter, eller innovasjonsprosjekter, ikke fører fram. Hennestad (2002) sier at en av de viktigste årsakene er at endringsprosessene faktisk ikke ledes. Dette er ofte på grunn av at endring og endringsledelse ikke har blitt definert som en helt konkret oppgave og utfordring. Hennestad (2002) poengterer at organisatoriske endringer ikke implementeres på et gitt tidspunkt, det er da selve arbeidet begynner. Med dette mener han at endring tar tid, og det må tilrettelegges på alle nivå i organisasjonen, ellers vil det antakeligvis oppstå usikkerhet på roller, ansvar og lite endringsfokus i arbeidshverdagen etter implementeringsdatoen. Forfatteren sier at behovet for endringsledelse oppstår når virksomheten (organisasjonen) har en ide eller visjon om framtidig situasjon som er forskjellig fra dagens etablerte. Da er spørsmålet om ledelsen har kunnskap om hvordan man styrer adferd mot bestemte mål.

Som en av informantene sier, så er motstand mot endring en av de største barrierene for innovasjon. En annen informant hevder at det fort oppstår «*trøtthet i organisasjonen på grunn av alle endringene*». Hernes og Røste (2005) skriver at det er ikke bra å ha for hyppige innovasjoner, for en organisasjon trenger å stabilisere seg og ha ressurser rundt nøkkelsatsinger. Er det mange endringer som pågår samtidig i en organisasjon, kan det være vanskelig å motivere til enda en endring som innovasjon kan bety (Ruiz-Jiménes et al:2016).

Det blir det en lederoppgave å motivere sine ansatte til å ta i bruk nye produkter og metoder (Sommerbakk et al:2016, Kim & Chung:2017). Hennestad og Revang (2017;24) påpeker at økt ufortustigbarhet i omgivelsene medfører at organisasjoner må være mer fleksible enn tidligere og de må kunne tilpasse seg raskt slik at den møter de krav som stilles fra kunder, myndigheter og interesseorganisasjoner. Om en organisasjon skal overleve, må det være samsvar mellom det organisasjonen produserer og leverer, og de behov og krav samfunnet har.

#### **5.1.10 Tradisjoner**

Det regionale helseforetaket ønsker at det skal etableres en bedre innovasjonskultur i alle helseforetakene i regionen, og dette kan blant annet gjøres med å fremsnakke innovasjon, og å ha mulighet til å komme med nye ideer og være villige til å teste ut nye ting i foretakene. Dette stemmer bra med den litteraturen jeg har lest om hvordan få etablert innovasjonskultur og organisasjonskultur (Kim&Chung:2017, Tidd, Bessant og Pavitt: 2005). Det er kun en klinikk som nevnte tradisjoner på sykehuset som en hemmer, der det ikke er så enkelt å få til nye måter å gjøre samme ting på. *«Helsepersonell har jo en tradisjon for «beste praksis», mens innovasjon er «neste praksis», og det utfordrer litt måten man jobber på»*, hevder klinikk G. Samme klinikk ville ha begynt innovasjonsarbeidet med å etablere en kultur for dette. RHFet og Direktøren snakket om at det er en bra innovasjonskultur i sykehuset, men at dette også kan bli bedre.

Både privat og offentlig sektor står ovenfor store omstillingsutfordringer for å tilpasse seg de endrede rammebetingelsene. Dette betyr at organisasjonene må utfordre eksisterende kultur og praksis. Organisasjoner som har kultur som fremmer innovasjon gjør det bedre enn andre på en rekke resultatindikatorer. Det å ha evne og vilje til å ta risiko, eksperimentere og akseptere perioder med tvetydighet, usikkerhet og redusert forutsigbarhet er tegn på en innovativ organisasjon (Hillestad og Yttri(2016). Et sykehus, som er en stor og tung byråkratisk organisasjon vil ha store problemer med å oppfylle alle disse punktene.

Organisasjonskultur, eller å skape en innovasjonskultur som vi er innom, tar lang tid å endres, men ikke umulig. Kulturen endres først når en organisasjon blir konfrontert med en krise (Kaufmann og Kaufmann. 2015:375). Hillestad og Yttri (2016) referer til Powell(1991) som sier at sykehus vil være begrenset av sin egen historie og historiske utvikling, ofte kalt *stiavhengighet*. For å endre en organisasjonskultur bør det være en formell strategi for alle ansatte i organisasjonen, og det bør være et felles opplæringsystem. Dette kan overføres til

også å danne en innovasjonskultur i sykehus. For å endre en kultur, spiller lederne en helt sentral rolle. Ledere kan påvirke ansattes antakelser og verdier, gjennom sin posisjon i sykehuset, gjennom det de sier og gjør og hvordan de opptrer Jacobsen og Thorsvik (2013:147).

#### **5.1.11 Villighet til å teste ut nye ting, risiko**

All innovasjon innebærer risiko (Albury:2005). Det eksisterer ikke et fullgodt system og infrastruktur i sykehuset i dag for å ivareta de personene som ønsker å kommersialisere sine innovasjoner (Sommerbakk et al:2016). Direktørens opplevelse er at *«sykehuset som organisasjon som gjennom våre mange tusen ansatte bestandig har vært positive til å prøve ut nye ting»*. En av informantene, Klinikk F1, sier at sykehusets ansatte og ledere må være villige til å prøve ut nye metoder og nye måter å gjøre de samme tingene, men at dette har vist seg å være vanskelig. *«Det er jo også det at dem ikke er villig til å være med å prøve ut ting»*, sier klinikk F1. En annen informant har et pågående prosjekt med stort kommersialiseringspotensiale, men informanten opplever at det er mange barrierer for å få dette ut i markedet. Ikke minst innad i sykehuset. For det første må det være en villighet til å satse og villighet til å investere i prosjektet. Prosjektlederen må også ta et personlig valg, enten å beholde nåværende stilling eller satse alt, og jobbe med innovasjonsprosjektet sitt. Informanten sier: *«Jeg kan ikke være gründer samtidig som jeg sitter i denne stillingen. Enten må jeg ta et valg eller så må jeg ansette noen (som kan drive prosjektet videre. Red.). Da må jeg ha midler, det må være økonomiske insentiver slik at jeg har mulighet til å gjøre det»*.

Offentlig sektor, og spesielt kanskje helsesektoren, lider litt av risikoaversjon, og frykten for å gjøre feil. Hillestad og Yttri (2016) hevder at offentlig sektor ofte er preget av en naturlig kulturell rigiditet, og at den teknologiske utviklingen som nå skjer kan utfordre dagens profesjoner og praksis.

#### **5.1.12 Kommersialisering, IP-rettigheter, lover og regler, søknader og patenter**

En annen hemmer som skiller seg ut i denne tabell nummer 4 er tjenestevei og infrastruktur. I dette ligger det at informantene savner et støttesystem som kan bistå i arbeidet med innovasjon og lover og regler rundt dette, samt håndtering av IP rettigheter, søknadsskriving. Dette kom klart til uttrykk under intervjuene. Alle klinikkene utenom en nevnte disse som hemmere for innovasjon. Det etterlyses en større kompetanse på området IP-rettigheter, det juridiske og hvordan gå fram for å få kommersialisert en innovasjon (Ewing Marion Kaufmann Foundation: 2015, Bergsland et al:2014) av 5 ulike klinikker.

En informant tenker hele tiden på sin rolle som en offentlig institusjon, og hvilke utfordringer og barrierer dette har å si for innovasjon. Hvem er det som eier rettighetene til en innovasjon som er utviklet ved sykehuset, er det sykehuset eller er det fagpersonene, eller industrien? Disse spørsmålene om eierskap kan være med på å gjøre innovasjon vanskelig, hevder klinikk C. Samme informant synes arbeidet med søknader om patentering, og slike ting, er vanskelig. Informanten sier *«jeg føler meg ganske så hjelpeløs når jeg får sånne søknader om patentering og alle de der tingene (...) Og da blir det litt for sånn komplisert, og jeg skulle mange ganger ønske at det var noen andre som kunne ta den delen av jobben.»*

I følge Ewing Marion Kaufmann Foundation(2015) er det viktig å finne rette balansen i forbindelse med IP rettigheter. Om rettighetene er for sterke eller for svake vil det redusere insentivene for innovasjonen.

#### **5.1.13 Uklar tjenestevei**

Flere informanter nevnte at de ikke helt visste hvor de skulle gå eller henvende seg til for å få hjelp til å komme videre. En klinikk mente derimot at tjenesteveien var blitt kortere til toppleder. Det etterlyses det også en klarere retning, eller kanskje en egen avdeling som jobber med innovasjon og være støttepersoner (Borins:2002, Sommerbakk et al:2016) i de ulike prosessene som pågår rundt innovasjon.

En informant etterlyser en tydeliggjøring om hvor en kan henvende seg for hjelp i forbindelse med innovasjon, som for eksempel med det juridiske. *«å ha tydeliggjort en bedre inngangsport til...har man en innovasjon så vet man hvor man skal gå hen for å få hjelp, det er egentlig det som....»* - Klinikk F

En annen informant sier at tjenesteveien er ganske vanskelig *«og ganske uklar for hvordan gå videre for å få en tjeneste som ei avdeling eller en klinikk har erfart fungerer veldig godt. Hvordan skal man ta den videre, slik at det blir en tjeneste i RHFet?»*, spør Klinikk F1

#### **5.1.14 Tid og ressurser**

Tid. Tid i form av å ha tid til å bruke, tidsbruk i forbindelse med innovasjon, det tar lang tid å utvikle en innovasjon, det tar tid å få satt en innovasjon i drift, og tidsbruk til søknader er noen stikkord som jeg festet meg med under analysen (Foyn:2011, Borins:2002, Hennestad:2002). I følge Thune (2015) er det mange sykehusansatte som opplever barrierer mot å jobbe med innovasjon, og det er begrenset med tid og ressurser til å jobbe med dette. Dette stemmer godt overens med mine funn som viser at alle fem klinikkene nevner tid og

ressurser som hemmere for innovasjon. *«men den store hemmeren for å drive gode innovasjonsprosjekter er jo å få finansiering til dette, altså å få tid, og i forhold til klinikkene, så er vi helt avhengig av å få klinikkene med oss, så må vi jo ha klinikere som har tid og frihet til å gjøre det»* -Klinikk B3

Det å ikke ha nok midler til å utvikle innovasjon er også en hemmer, det koster penger å skulle søke finansiering, og det er ikke lett å få finansiering til noe som ikke er ferdig utviklet, var andre stikkord jeg bet meg merke i (Grund:2000, Foyn:2011, Borins:2002, Sommerbakk et al:2016). Tid i form av at innovasjoner tar tid, det er tidskrevende å skrive søknader, det er ikke avsatt tid til innovasjon, frikjøp av ansattes tid til innovasjon var noen av hemmerne som ble nevnt. Tilstrekkelig med ressurser i form av tid og penger er en suksessfaktor for å få til vellykkede innovasjoner. Mangel på disse er hemmende for utviklingen (Thune:2015 Albury:2005, Sommerbakk et al:2016, Kim & Chung:2017, Grund:2000, Foyn:2011, Bergsland et al:2014).

#### **5.1.15 Kompetanse**

Det ble også klart at det er ønskelig med mer kompetanse om innovasjon, og innovasjonsprosesser. Det er ulik oppfatning av hva innovasjon innebærer og selve begrepet er uklart for fire klinikker. Flere av informantene trekker frem mangel på kompetanse og forståelse hva innovasjon innebærer som hemmende (Albury:2005, Grund:2000, Sommerbakk et al:2016, McAlearney et al:2016). Det kan bli tatt beslutninger på feil grunnlag på grunn av mangel på forståelse, og det kan gi store negative utslag. En informant sier

*«Så blir det tatt ei beslutning som er helt feil, basert på at noen ledere ikke er tilstede, noen ledere mangler den forståelsen. Men det her med prioritering å gjøre og det har med kompetanse å gjøre. Det er vanskelig å få til innovasjoner, det er min opplevelse, fordi at det ikke blir prioritert og det mangler grunnleggende kompetanse i forhold til teknologi.»* –Klinikk F1

En annen informant sier at om sykehuset kunne ha samarbeidet om kompetansen som universitetet har, så ville sykehuset kommet mye lengere med søknadsskriving til blant annet Norges Forskningsråd, og EU, og ikke minst det å kjenne til reglementene. Dette stemmer overens med de funnene i rapporten til Thune (2015) som sier at tilgang til kompetanse og bistand fra teknologioverføringskontoret (TTO) er viktig. Thune har funnet at personer som



har mottatt støtte til innovasjonsarbeidet har oftere enn andre deltatt til utvikling av nye ideer til produkter og tjenester.

#### **5.1.16 Uklar begrepsbruk og uklare beskjeder**

Alle informantene som fikk spørsmålet om hva de legger i begrepet innovasjon kom inn på at det er noe nytt, enten i form av nye produkter eller nye tjenester. Nesten alle informantene hadde en formening om at begrepet innovasjon er uklar og at det burde bli en felles forståelse av dette i sykehuset, og det er både blitt oppbrukt og trengs å avmystifiseres slik at de fleste i sykehuset forstår hva som inngår. (Albury:2005, Grund:2000, Sommerbakk et al:2016, McAlearney et al:2016). Det er også flere som mener at innovasjon og kontinuerlig forbedring er to sider av samme sak; det går ikke an å ha kontinuerlig forbedring uten innovasjon, og det samme motsatt, det går ikke å innovere uten kontinuerlig forbedring. (Thune:2015:39) Dette gjelder også i det regionale helseforetaket. Det er en klar hemmer for hvordan en skal jobbe med innovasjon, om sykehuset og lederne ikke har en felles forståelse av begrepet.

Hemmeren er at det er vanskelig å definere hva som er innovasjon og hva som er utvikling. Det er også vanskelig å få spredt en ny innovasjon til hele sykehuset, og for å ikke snakke om helsevesenet for øvrig. Direktøren synes at aktivitetene er viktige, men at det nødvendigvis ikke trenger å kalles for innovasjon (Fisher og Rohde:2015, Gutberg og Berta:2017). Han mener det er et vanskelig begrep og dermed vanskelig å kommunisere.

*«Jeg opplever at aktivitetene er viktig, men som sagt, jeg synes det er et vanskelig begrep å kommunisere. Det er et vanskelig begrep å definere, og det er også den grunn at det er vanskelig å kommunisere og jeg er derfor litt i tvil om det er viktig og riktig å definere det som et eget virksomhetsområde. Innholdet opplever jeg, at aktiviteten er viktig og er noe vi burde drive med.» - Direktøren*

Hennestad og Revang (2017; 60-63) hevder at ulike profesjoner anvender samme ord for forskjellig begreper. Det vil si at det samme ordet betyr forskjellige ting i ulike profesjoner. De sier videre at når den kollektive forståelsen av begrepet vokser frem over tid etter hvert som erfaringer høstes og problemer løses, vil begrepsbetydningen si noe om hva som har vært viktig i en organisasjon. Leders ordvalg og framføring av budskapet er en vesentlig faktor for å forstå gode og suksessrike organisasjoner. «Jo, det er litt uklart hva det egentlig er for noe.

*Hva er forskning, hva er innovasjon, hva er utvikling og hva er egentlig bare drift?»*, sier Klinikk B, som viser at begrepet innovasjon er vanskelig og diffus.

I og med at ledelsen ved sykehuset ikke benytter begrepet innovasjon i det daglige men heller har størst fokus på kontinuerlige forbedringer for øyeblikket, vil det ta lengere tid før begrepet innovasjon blir godt innarbeidet og bli en naturlig del av arbeidsmåten og tenkemåten gjennom hele organisasjonen. Hennestad og Revang (2017;73) sier at uten en noenlunde enighet om begrepet vil det bli svært vanskelig å trekke i samme retning om noe skal endres. En av informantene opplever at det er uklarhet i hvordan og hva bestillingene er fra RHFet og fra ledelsen på sykehuset *«Vi har jo både lokale og regionale sykehusfunksjoner og det er ikke helt samkjørt i forhold til oppdragene, og det er også uklarhet i hvordan vi mottar bestillingene.»*. Klinikk B2

#### **5.1.17 Radikal innovasjon**

Når det kommer til radikal innovasjon, var det kun en klinikk som var innom dette temaet. Radikale innovasjoner er en større grad av nyhet som bringes inn i systemet, eller som systemet bringer til omverdenen (Johannessen, Olsen og Skotvik:2013,150). En informant, klinikk G, kommer med følgende framtidsvisjon: *«Her har du virkelig radikal innovasjon som er iferd med å skje. Og du vil jo selvfølgelig må motstand. Du får roboter som opererer hjernesvulster på to og et halvt minutt.»* Om dette stemmer, vil det forandre måten klinikerne jobber på sykehuset i dag, og det vil nok føre til motstand (Christensen et al:2000). Samme informant snakker også om å organisere hele helsetjenesten på en ny måte, og at det er en stor barriere å bryte med det etablerte, sier han. Han spør hvorfor ikke sykehuset oppretter en egen virtuell kolsklinikk for hele regionen, og hvorfor tar ikke sykehuset imot alle røntgenbildene på en plass, og fordeler dem til de som skal ta dem. Radikale innovasjoner i helsesektoren kan innebærer en endret virksomhetsoppfatning og adferd, og utfordrer det etablerte med både marked, modeller og pasientpreferanser. Dette kan kalles for *strategisk omstilling*, og redefinerer seg selv og markedet den opererer i (Hillestad og Yttri:2016).

Christensen et al(2000) sier at helsevesenet trenger å åpne dørene til industrien og til pasientene på en ny måte. Christensen et al (2000) at *«powerful institutional forces fight simpler alternatives to expensive care because those alternatives threaten their livelihoods. (...) This resistance to low-cost alternatives is understandable, but it's not in the best interest of the industry or the patients it serves»*. Dette betyr at det er en institusjonell motstand mot å

endre måten organisasjonene fungerer, fordi dette truer livsgrunnlaget til organisasjonen. Og dette skjer selv om det ikke er til det beste for industrien eller pasientene

Tradisjoner og forflytting av makt innad i et sykehus er en hemmer for innovasjon, og ikke minst for radikale innovasjoner som klinikk G foreslår. Det er nok riktig det som Grünfeld et al (2016) sier om at det er radikal og inkrementell innovasjon inngår i en dynamisk og gjensidig avhengig forhold. Inkrementelle innovasjoner utgjør viktige forutsetninger for radikale innovasjoner. Dette stemmer overens med en uttalelse fra Klinikk B, som sier «*Jeg tror vi er avhengig av noen små skritt for å håndtere de store utfordringene vi står ovenfor*» Ledelse er ifølge Gutberg og Berta (2017) en av de viktigste faktorene i forbindelse med radikale organisasjonsendringer. Ruiz-Jiménes et al (2016) sier det samme, at leders rolle er av stor betydning i arbeid med innovasjon.

#### **5.1.18 Suksesshistorier**

Det var kun en klinikk som nevnte en suksesshistorie fra andre som en fremmer for innovasjon i sin klinikk. «*Eller de ser noen andre som har fått til noe som er veldig lurt, og ønsker å få til noe selv i samme retning og på deres egen måte*» - Klinikk B

Thune (2015;14) har funnet at sykehus som har høy aktivitet på forskningsdrevet innovasjon har bedre kliniske resultater enn andre sykehus.

#### **5.1.19 Samarbeid**

Det var tre klinikker som snakket om hemmere utenfor sykehuset, som for eksempel statlig styring. En hemmer som også nevnes er samarbeidet mellom universitetet og sykehuset, det er altfor dårlig, hevder en informant, og dette av ulike grunner som politiske og kanskje personlige grunner. Sykehusene samarbeider i høy grad med andre aktører i helseinnovasjonssystemet om å utvikle nye produkter og tjenester. Dette gjelder først og fremst samarbeid mellom universiteter og forskningsmiljøer, men også bedrifter, klynger og bransjeorganisasjoner, pasientorganisasjoner med mer, hevder Thune (2015) i sin rapport om Sykehus som Innovasjonsarena. En annen informant snakket om at for sterk statlig styring dreper innovasjonsgrunnlaget, og det må en balansegang til, som ennå ikke er kommet helt på plass. Sykehusene i Norge har ikke særlig erfaring med å samarbeide med næringslivet, og det er en hemmer, sier en informant. «*Vi har veldig dårlig tradisjon med innovasjon med eksterne partnere. Med industri har vi jo i Norge veldig lite erfaring med det*» Klinikk E

Senere års forskning om innovasjon i offentlig sektor har kommet fram til en modell som kalles nettverksbasert styring, og som kan sidestilles med samarbeidsbasert innovasjon. Dette innebærer at det offentlige inngår i bredere allianser med ulike aktører på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor (Grünfeld et al:2016). Denne samarbeidsformen har noen utfordringer, som for eksempel knyttet til koordinering og kan føre til begrenset handlekraft og redusert gjennomføringsevne. Om vi knytter dette opp til sykehuset og et helt konkret eksempel fra en av informantene, som sier

*«det har vært en veldig stor hemmer, det her med drift av tjenester. (...) det at vi setter sammen teknologi som tilhører mange forskjellige (leverandører), og ingen vil ta ansvar for å helhet, for å drifte tjenesten. Det er jo ei stor utfordring!»*

Åpen innovasjon vektlegger åpenhet for alle sykehusets interessenter. Forholdet mellom sykehuset og pasientene går fra å være transaksjonsbasert til relasjonsbasert, som betyr at pasientene har endret seg med årene, fra å være en passiv deltaker til å være en mer aktiv medspiller i innovasjonsarbeidet (Nysveen et al(2012). Aasen (2009) refererer til Chesbrough et al. (2006) som beskriver begrepet åpen innovasjon som noe som benyttes i økende grad om det å utveksle kunnskap og erfaring på tvers av organisasjonsgrenser.

### **5.1.20 Oppsummering**

Det er jevnt over de samme hemmere og fremmere fra direktøren og alle de fem ulike klinikkene, slik jeg oppfatter det. Mer kompetanse om innovasjon og alt det det innebærer er ønsket, i form av et støtteapparat på sykehuset som kan bistå i arbeidet. Det er også behov for sterkere fokus på innovasjon fra toppledelsen i sykehuset, og dette vil være med på å hjelpe klinikkene med å prioritere dette arbeidet. Alle informantene er enige i at innovasjon er viktig og nødvendig for å imøtekomme utfordringene helsevesenet står ovenfor. Litteraturen støtter opp om alle mine funn.

### **5.2 Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?**

Mellomledere har en nøkkelrolle i helsesektoren når det kommer til å kommunisere med både toppledelsen og å bistå «folket på gulvet» med å oppnå ønsket endring i helsesektoren. På grunn av deres nøkkelrolle i organisasjonen, kan mellomledere være brobygger mellom informasjonsflyten fra toppen til den operative delen av sykehuset (Birken:2014). I dette delkapittelet blir jeg å drøfte mine funn om hvilke hemmere og fremmere for innovasjon jeg har identifisert fra informantene, og hvordan de er med på å påvirke disse. Direktøren viser at

det er stor motivasjon i de ulike klinikkene for å være med på utviklingen av nye produkter eller tjenester. Direktøren plantet en ide hos en klinikk, og dermed tok den bare av.

*«...jeg plantet ideen direkte i Klinikk B, og så begynte den å leve sitt eget liv etterpå. Jeg fulgte det vel opp i ett eller to møter, og så bare tok den av, så jeg trengte ikke å gjøre noe mer.» - Direktøren*

### **5.2.1 The theory of middle managers role in innovation**

Birken et al (2012) har utviklet en modell som forklarer mellomlederens rolle i implementeringen av innovasjon i helsesektoren. Jeg har sett på denne modellen mot de funnene jeg har identifisert fra mine 11 informanter som er mellomledere. I dette avsnittet har jeg ikke inkludert RHFet eller Direktøren, fordi de tilhører toppledelsen, og er således utenfor rammene til modellen.

Modellen har en teori om at mellomledere gir ansatte informasjon som omhandler implementering av innovasjon som er relevant for medarbeiderne, gir medarbeiderne de nødvendige verktøyene for å implementere innovasjon, og oppmuntrer dem konsekvent og effektivt om å benytte innovasjonen. Teorien er basert på at mellomledere fyller strukturelle hull i helsesektoren. Mellomledere kan fungere som brobyggere mellom toppledelse og de ansatte. I og med at mellomledere fyller strukturelle hull i helsesektoren kan de være brobyggere for den informasjonen som de ansatte trenger for å effektivt implementere en innovasjon, gjennom «Information diffusion», «Information synthesis», «Strategy/Day to day activity mediation» og «Selling innovation implementation». Jeg blir å benytte modellen sett i forhold til mellomlederens oppfatninger av hemmere og fremmere for innovasjon og hvordan mellomledere kan påvirke hemmerne og fremmerne.

### **5.2.2 Information diffusion**

I følge Birken et al (2012) går dette ut på at mellomledere formidler relevant fakta og gir medarbeiderne nødvendig informasjon om innovasjonsprosessen. Jeg tyder dette til toppleders og leders forankring av innovasjon, og hvordan dette har gitt utslag i klinikkene.

### **Toppleders forankring**

Flere klinikker uttrykker at de skulle ønske det var et større fokus på innovasjon fra toppledelsen i sykehuset. Det er tydelig at ledelsen har interesse for innovasjon men at dette ikke er nedtegnet i strategier eller handlingsplaner, og at det ikke har klart å bli prioritert

høyere innenfor egne budsjetterammer. Toppleder kan forbedre forankringen av innovasjon med å vise støtte for aktivitetene som pågår (Birken et al:2015)

Klinikk B sier «*Men vi har jo ikke klart å prioritere det høyere innenfor egne budsjetterammer med konkrete innovasjonstiltak. Det har vi ikke gjort, det har ikke nådd opp i prioriteringene de siste årene*». En informant sier at innovasjon er viktig og at sykehuset er innovasjonsorientert. Klinikk B1 synes ledelsen viser at de ønsker å være i forkant av utviklingen, og ønsker ikke å stå bak og være de siste som tar i bruk nye ting.

*«Jo, jeg synes det, og jeg synes at det går igjen i klinikken, blant klinikere, og det går igjen i de støttefunksjonene, og ikke minst i ledelsen på sykehuset at sykehuset ønsker å være i forkant av utviklinga, vi ønsker ikke å stå bak og være de siste som tar i bruk nye ting.» -Klinikk B1*

Det lederen her sier at lederstøtten om at innovasjon er en aktivitet som det skal satses på, men at det må på plass metoder og verktøy og et støtteapparat som kan hjelpe de personene som er innovative til å fortsette å være det (Birken et al:2015, Engle et al:2017). En annen informant, Klinikk C, savner mer fokus fra toppledelsen når det kommer til innovasjon, og ønsker en enda mer tydelig prioritering av at innovasjon er noe som sykehuset skal jobbe med, og mener at det er toppledelsen sitt ansvar å tydeliggjøre dette ansvaret. Om Direktøren tydeliggjør for klinikkene og hele sykehuset at innovasjon er noe som det nå også skal jobbes med, vil interessen for dette øke på klinikkene (Birken et al:2015)

Klinikk D sier at begrepet innovasjon ikke er mye brukt av direktøren i sykehuset, og det er fokusert mest på kontinuerlig forbedring, så ligger det i det at man må tenke nytt. «*Så når man skriver innovasjon i en strategiplan, så betyr det at man må tenke nytt, det er det det handler om, og av og til så kommer det opp noen glupe ideer som gjør det radikalt endret.*» Klinikk D har ikke en egen strategi for innovasjon i sin klinikk, men lederen har nedsatt et forskningsutvalg som skal koordinere forskningen i klinikken, og dette kan kanskje føre til innovasjon. På denne måten fremmer lederen innovasjon i sin klinikk. «*Jeg har nettopp nedsatt et forskningsutvalg som skal koordinere forskningen i vår klinikk.*» Lederen i klinikk D viser stor vilje til innovasjonsarbeid, og har iverksatt ulike tiltak for å få opp aktiviteten, selv om dette ikke nødvendigvis kalles for innovasjon. Dette stemmer godt overens med den forskningen som Birken et al (2015) og Gutberg og Berta (2017) har kommet fram til, at strategidokumenter og handlingsplaner er med på å forbedre og forberede medarbeidernes innsats.

Klinikk F skulle gjerne sett at innovasjon var mer på radaren hos toppledelsen, og at det er en grad av ledelsesproblematikken. Det er naturlig at ledelsen er opptatt av den kliniske driften, men at innovasjon kunne fått litt større plass hos ledelsen, er et ønske. *«Det kan nok være begge deler, men er nok en grad av ledelsesproblematikk i det, ja. Det er det nok. At fokuset er ikke der. (..). Men at man også har det litt på radaren om innovasjon.»* Birken et al(2015) har funnet ut at hvis topplederen avklarer mål og oppgaver, samt forventninger, kan topplederen påvirke mellomleders ansvarsfølelse til innovasjonsarbeid.

Klinikk G legger vekt på forankring i toppledelsen, og det å få etablert en innovasjonskultur i sykehuset. Lederen ønsker en misjonær, som kan være på sykehuset og framsnakke om temaet, og delta på alle ledermøter og så videre.

*«Ja, jeg tenker på det der med forankring i toppledelsen og det der med kultur henger sammen, og da tenker jeg at man bør ha en misjonær, altså man må ha noen som har det her fremst i panna og snakker om det hele tida og kommer inn på foretakene sine ledermøter og som kommer inn i de opplæringsystemene de har, komme inn i forhold til kontinuerlig forbedringsløpet, og i flere typer, altså alle fora der ledere samles og der man har kursing av ansatte, i hvert fall på ledernivå. Få inn en som kan snakke om innovasjon, forklare dem det her og på en måte ufarliggjøre begrepet, normalisere det her på en måte.»*

Klinikk G ville begynne med å skape en kultur for innovasjon og ikke nødvendigvis med struktur generelt sett, og fått inn en ildsjel, og fått innovasjon som et tema som alle avdelinger må gå gjennom, også på lederopplæringen. *«Altså, jeg har jo en klar preferanse for å jobbe med kultur og ikke med struktur generelt sett. Jeg tror det er mere virkningsfylt, sånn at det å skape symbolikk og oppmerksomhet rundt innovasjon tror jeg er viktigere enn handlingsplaner, for å si det litt grovt om dialogavtalen.»* Evnen til å arbeide på nye måter er viktig for at helsetjenesten skal lykkes i framtiden (Birken et al:2017)

Slik jeg tolker modellen og setter det i sammenheng med mine funn er det tydelig at det mangler fokus fra toppledelsen angående innovasjon, og at dette er etterspurt. Klinikken erkjenner at de nok også kan ta mer ansvar for aktiviteten, men i og med at det ikke er noe nedfelt i strategiene om innovasjon, er det ikke i deres oppdrag. Fire av fem klinikker mener at det mangler fokus på innovasjon i sykehuset. Det toppledelsen kan gjøre for å øke fokuset er å utarbeide strategier og handlingsplaner som omhandler innovasjon. Et annet tiltak kan være å tilrettelegge for aktiviteten gjennom frigjøring av tid til de ansatte, eller med å gi

nødvendige ressurser.

### **5.2.3 Information synthesis**

I følge modellen til Birken et al (2012) går dette ut på at mellomlederne integrerer og oversetter fakta, og utvikler dette til generell informasjon som er unik til organisasjonen. Jeg tolker det slik at dette går på mellomleders forståelse av innovasjon.

#### **Forståelse av innovasjon og innhold**

Med forståelse av innovasjon og innholdet i dette ligger det at begrepet innovasjon er uklart, og det bør gjøres mer alminnelig.

Klinikk D synes sier at det på detaljnivå angående innovasjon er overlatt litt til klinikkene å finne ut av selv og at strategiplanen til sykehuset ikke bærer preg av å tenke innovasjon.

*«Men det er liksom på detaljnivå overlatt litt til klinikkene å finne ut av, og vi har jo også jobbet med vår strategiske utviklingsplan og da vil jeg ikke si at den bærer ikke veldig preg av at vi skulle være i stand til å tenke innovasjon»* Her har sykehuset utarbeidet en strategiplan, som ikke har fokus på innovasjon, men kontinuerlig forbedring. Om sykehuset hadde utarbeidet en innovasjonsplan eller handlingsplan ville dette vært med på å styrke tankegangen rundt innovasjon (Birken et al:2015)

Klinikk D sier videre at deres klinikk nok må se til hva andre klinikker har gjort det på et visst område, og lære av hverandre. *«men kan også ha innovasjon med å lære av hverandre, da. Det kan hende at i vår klinikk så må vi se hvordan de gjør det i en annen klinikk på et visst område, og da skjønner man at det går an her også»*. Det å hente inspirasjon og motivasjon fra andre som har hatt suksess med innovasjon og innovasjonsprosesser er verdifullt.

Klinikk E1 sier at deres klinikk ofte spiller inn ideer til resten av sykehuset, og at de tenker at dette prosjektet kan være bra for alle, og ikke bare hos dem. *«Og vi tenker veldig fort at dette må gjelde hele sykehuset og ikke bare oss. Vi er veldig gode på å spille inn i fora der alle klinikkene er representert. Jeg er ikke alene i denne klinikken som tenker de tankene, vi er flere som sitter i lag og er gode på å spinne på ting»*

Klinikk E sier at det er hans ansvar at han ikke har greid å tydeliggjøre hvor mye plass innovasjon skulle hatt i hans klinikk. *«Jada! Absolutt! Men det blir jo nødvendigvis også for*



*meg da, det er jo for så vidt min skyld at det ikke, at jeg ikke har greit å tydeliggjøre det mer i organisasjonen vår hvor stor plass det skulle ha i resten.»* Her tar lederen selvkritikk for å ikke ha klart å tydeliggjøre fokuset god nok til sine medarbeidere. Forskning viser at ledelse er nødvendig for innovasjon og for å forbedre helsetjenesten. Ikke minst er ledelse kritisk for å organisere de rette ressursene for å gjennomføre en innovasjonsprosess (Engle et al:2017) Klinik E synes absolutt innovasjon er vanskelig. Informanten sier at de har for dårlig kunnskap og opplæring i innovasjon og metodearbeid. *«Ja, ja da, innovasjon er jo i utgangspunktet for oss fordi at det vi har relativt dårlig opplæring på det, vi har spredt og ustrukturert kunnskap om det, og metodearbeid om innovasjon har vi ikke noe erfaring med i organisasjonen.»* Denne lederen synes at det er for ustrukturert kunnskap om innovasjon, og at det mangler erfaring i metoden om hvordan jobbe med dette. Ledere i helsetjenesten trenger mer kompetanse innen strategisk tenkning, personalplanlegging, økonomistyring og logistikk (Grund:2000)

I forhold til den opprinnelig modellen har det vært vanskelig å finne noe som kunne være relevant, i og med at det fra sykehusets side ikke er skrevet noen strategi for innovasjon. Toppledelsen har bestemt at den strategien som RHFet har skrevet skal gjelde for sykehuset, for den er såpass god og detaljert.

#### **5.2.4 Strategy/Day to day activity mediation**

I følge modellen til Birken et al (2012) går dette ut på at mellomlederne identifiserer oppgaver som er nødvendig for å implementere innovasjon og gir medarbeiderne nødvendige ressurser og verktøy for å få det til. Jeg tolker det slik at mellomlederne viser hvordan de tilrettelegger for sine medarbeidere i innovasjonsarbeidet.

#### **Tilrettelegger**

Å tilrettelegge for innovasjon kan være flere ting. Det kan blant annet være å lytte til sine medarbeidere, og ledere. Det kan også være å være en diskusjonspartner i prosjektene. En annen måte å tilrettelegge på er å kontakte rette miljøer slik at prosjektet går sin gang. Tid og økonomiske midler er selvsagt også en måte som lederne kan tilrettelegge innovasjonsprosjekter på.

Klinikk B1 forklarer at han som leder lukker ikke døra og finner ut av ting alene. Det er viktig å finne ut hva som er viktig å fokusere på nå. *«Og det er jo ikke noe som jeg lukker døra og finner ut av selv her, det må man gå til sine ledere igjen, jeg må gå til min nærmeste leder, og*

*han må igjen gå til sin nærmeste leder og diskutere disse tingene»* Denne lederen går til sin nærmeste leder med en ide, og da blir det opp til denne lederen å tilrettelegge for sin medarbeider. Måten Klinikk B1 tilrettelegger for sine medarbeidere er at lederen ser dem. Lederen har hatt møter med alle sine medarbeidere for å bli bedre kjent med dem. På denne måten viser han at han er interessert i sine medarbeidere og hva de driver på med. Klinikk B1 lyser med inspirasjonslykta si, og ber medarbeiderne om å følge lyset og finne ut hva som er der. Lederen sier også at innovasjonsarbeid ikke er noe man gjør alene, men sammen med andre: *«Det er ikke jeg som skal løse det, men bidrag innenfor mitt kontor eller min kube som jeg sitter i, det kan jo være følgende. Så ofte er det jo litt sånn at du forteller ikke folk hva dem skal gjøre, men du peker litt på hvor problemet er, også finner ofte folk ut selv»*

Klinikk C jobber som tilrettelegger for innovasjon for sine medarbeidere, og fungerer som støtte og oppmuntrer de miljøene som jobber med innovasjon. *«Min jobb er vel å legge til rette for det og oppmuntre til det og ta hensyn til de miljøene som både har innovative tilnærminger eller har potensiale for å ha det, og det å være diskusjonspartner eller koble sammen miljø»*. Klinikk C mener også at man må dyrke frem medarbeidere som kommer med nye ideer og forslag til innovasjon. Det er ikke sikkert at disse medarbeiderne oppfatter at det de gjør er innovasjon, for begrepet ligger som et sånt stort begrep. *«Jeg tenker at de lederne eller medarbeiderne som kommer opp med ideer - dem må vi jobbe mye med og dem må vi dyrke frem. Og vi har dem jo i hele systemet»*. Klinikk D oppfordrer sine medarbeidere til å komme med gode ideer, men det trengs nok mer fokus fra ledelsen. En epost nå og da fra medarbeiderne er ikke nok, det bør være mer systematisert.

*«Vi har nok oppfordret til at man skal komme med gode ideer, i hvert fall. Og noen kan komme til meg direkte eller sende en e-post, eller noe slikt. Men dette er nok noe som vi må ha mere fokus på, tror jeg, som dette når vi snakker om kontinuerlig forbedring. (...) Det kan ligge innovasjon i forslag, man ønsker at man skal få grasrotforslag opp i organisasjonen på forbedringsforslag, det kan være innovativt nytenkende å finne ut nye måter å håndtere praktiske ting på.»* -Klinikk D

Når klinikk D får spørsmål om hvordan medarbeiderne forholder seg til innovasjon, og om han selv er pådriver, svarer han at ja, han er pådriver. Han har oppfølgingsmøter, og der stilles det krav om at det og det problemet må gjøres noe med, og det er jo i seg selv et påtrykk på å finne innovative løsninger. Leder sier at han tør ikke bruke ordet innovasjon, for da hører lederen ut som Petter Smart. Denne lederen stiller krav til sine ansatte. *«Jeg er en pådriver for*

*det, uten å si det. Hvis jeg sier til deg at nå må du finne på noe innovativt, da vil folk få hetta, unntatt de som har de gode ideene da» De ansatte må skjønne resultatene av innovasjonen før dem har lyst å gjøre det. «Netttopp! Man må se fordelene. Det heter «What's in it for me?», sier klinikk D.*

Klinikk E har noen tanker om endringer og hvordan noen medarbeidere alltid synes at alt nytt er noe svineri, men at de egentlig er få. Klinikk E sier videre at de aller, aller fleste medarbeiderne synes det er veldig bra hvis det skjer noe, men at dem kanskje ikke har driven selv til å drive det. *«Og så er det alltid noen som har lyst til å finne på noe og holde på med ting, og som har forskjellige egne grunner til hvorfor de er innovative. Og de har vi alltid hatt, og de har vi nå, og de trives selvfølgelig godt hvis de får til ting. (...) Men hvis de blir stimulert på rett måte, er det utrolig hva de fleste vil være med på.»* Klinikk E sier videre at for å bli bedre på innovasjon så trenger man opplæring, og noen personer med interesse for å drive med det (Grund:2000). At innovasjon er forankret i ledelsen (Birken et al:2012, Engle et al 2017), er viktig, for å vite at man faktisk skal jobbe med dette, sier klinikk E.

Klinikk E1 svarer at av og til må en som leder bare ta avgjørelser, det er det som er ledelse. Og at en må lytte til medarbeiderne, og støtte der en kan.

*«Nei, det er som jeg sier, da må man være leder og bestemme litt. Noen ganger. Og så man bruke litt... det er jo akkurat som når du har barn, det er best når dem selv kommer på ideene. Hvordan dem skal gjøre ting, ikke sant. Vi er akkurat sånn, vi mennesker vi også, når det er vår ide som... Men vi prøver å ta vare på det som kommer opp av, i hvert fall jeg som leder, er opptatt av at jeg skal høre på hva folk har av ideer og forslag. Det skal man høre på.» -Klinikk E1*

Klinikk E1 sier at videre det er viktig å få folk med seg i innovasjonsarbeidet, at det er det viktigste. Og å finne ut hvem man må snakke med, og hvem kan en kontakte.

*«Hvis du har en sånn kjempeide som du faktisk ikke ser slutten på, så ser jeg, at de nærmeste som jeg ser, så er man veldig opptatt av å finne ut hvem som kan være aksjonærer i dette her. Hver er det vi må snakke med? Altså det der, få med deg folk, for å si det slik, det er på en måte det viktigste.» -Klinikk E1*

Fire av fem klinikker viser til eksempler der de tilrettelegger for sine medarbeidere eller viser dem vei i innovasjonsarbeidet. De ser sine medarbeidere og de støtter opp om aktivitetene. Dette passer helt inn i modellen til Birken et al (2012)

### **5.2.5 Selling innovation implementation**

I følge modellen til Birken et al (2012) går dette ut på at mellomlederne rettferdiggjør og selger ideen om innovasjonsprosessen og oppmuntrer de ansatte konsekvent og effektivt til å bruke innovasjoner. Jeg tolker det slik at dette viser lederengasjement og lederinvolvering for medarbeiderne i innovasjonsprosessene, og medarbeiderens personlighet og interesse for innovasjon.

#### **Lederengasjement og lederinvolvering**

Det å skulle selge innovasjonsaktivitet kan være å tenke positivt, og støtte prosjektene som pågår. Det kan også være at lederne involverer seg og viser interesse ovenfor sine medarbeidere.

Det er svært viktig at lederne viser engasjement og involverer seg, sier Klinikk B, hvis ikke dør interessen fort. *«Jeg tror det er uhyre viktig med lederengasjement, og lederinvolvering, ellers dør det fort. Så det er nok en kombinasjon at sentrale medarbeidere har engasjert seg veldig, med god støtte fra lederen. Og til dels så har lederen engasjert seg solid i det»*. En annen måte som Klinikk B viser lederengasjement og fremmer innovasjonsarbeidet er med å gi støtte både økonomisk og være en støtte for prosjektene slik at dem går framover.

*«så har jeg forsøkt å bidra med noe finansiering fra sykehuset, vi har jo innovasjonsfond med litt midler, og som jeg har støttet noen prosjekter med, med det er jo ikke prosjekter jeg har funnet på. (...) Ikke med veldig hard innsats, men det er igjen ikke mine prosjekter, men jeg har prøvd å oppmuntre og støtte at disse prosjektene går framover.»*

Klinikk C sier at medarbeiderne som jobber med innovasjon trenger støtte fra leder, det er helt nødvendig. Denne lederen gir anerkjennelse og oppmerksomhet.

*«Jeg tror at noen er veldig opptatt av innovasjon og det med nyutvikling, mens andre er mye mer passiv til det. Igjen, så er det jo noe med hvor mye vi ledere fremhever innovasjon. Jeg gjør det ved å både å koble inn miljøene men også å fremsnakke, det å være oppmerksom på og forstå arbeidet som ligger bak ethvert innovasjonsprosjekt, det å gi det anerkjennelse og oppmerksomhet»*. –Klinikk C

Klinikk E oppmuntrer og stimulerer sine medarbeidere med å snakke med dem som er flinke med innovasjon, man må få med seg de som virkelig interesserte, og ikke bruke for mye tid på dem som gjør motstand.

*«Nei, det må du snakke med dem som er flinke til å gjøre det, men for det første så må man la være å stoppe opp fordi det er noen som synes at det man skal gjøre annerledes, og det man skal finne på er dumt, eller(...), og så må man sørge for å få med seg de som virkelig er interesserte, de som er personlige drivere og gi dem muligheten. Og så sørge for at de andre er ordentlig informert, og få være med på prosessene og de tingene som skjer. Og hvis de gjør det, så synes de aller, aller fleste at det er ok eller artig.» - Klinikk E*

## **Personligheter og interesse**

Flere av informantene uttrykker at enkelte medarbeiderne har en personlighet og en egen interesse for å drive med innovasjon. Klinikk B sier også at det å se at andre har lyktes med innovasjon før, er en motivasjonsfaktor og en fremmer. *Så det er veldig mye erfaringer, legning og erfaring». Klinikk B fortsetter med at innovasjon er avhengig av ulike personligheter. Det er personlig legning, personlig interesse, og personlige egenskaper som skal til, sier han. Noen er mer kreative enn andre. Det å være åpen for nye ideer og erfaringer som inkluderer det å være nysgjerrig, original, intellektuell og kreativ er positive karaktertrekk hos den som er innovativ (Long et al:2015, Ruiz-Jiménes et al:2016)*

*«Det kan være vanskelig å si, det kan være helt personlig legning, personlig interesse og personlige egenskaper, noen er mer kreative og utviklingsorienterte enn andre. Sånn er det vi er skapt. Og så kan det være at noen har vært gjennom en endring og har noe de driver med som er kjempebra og som virker veldig bra og som kan motivere sterkt for å gjøre mer.» -Klinikk B*

*«Jeg tror at man er veldig interessert, (...) Dem er veldig gira på å finne prosjekter, dem søker ut i regionen og søker ut nasjonalt og et utviklings og innovasjonsarbeid på mange områder».*

*«Ja, dem kan være innovatører uten å vite det (...) Jeg tror det er stemning på avdelingen for at dette er spennende – og jeg mener at det ikke kan være noe annet enn spennende.» -Klinikk B2*

*«Det er mulig at jeg har interesse for sånt, for det første så syntes jeg det var utrolig spennende å få det oppdraget som jeg fikk i 2012 der jeg måtte vurdere innovasjonspotensialet i forskningsprosjektene. Det var utrolig spennende å se hvor*

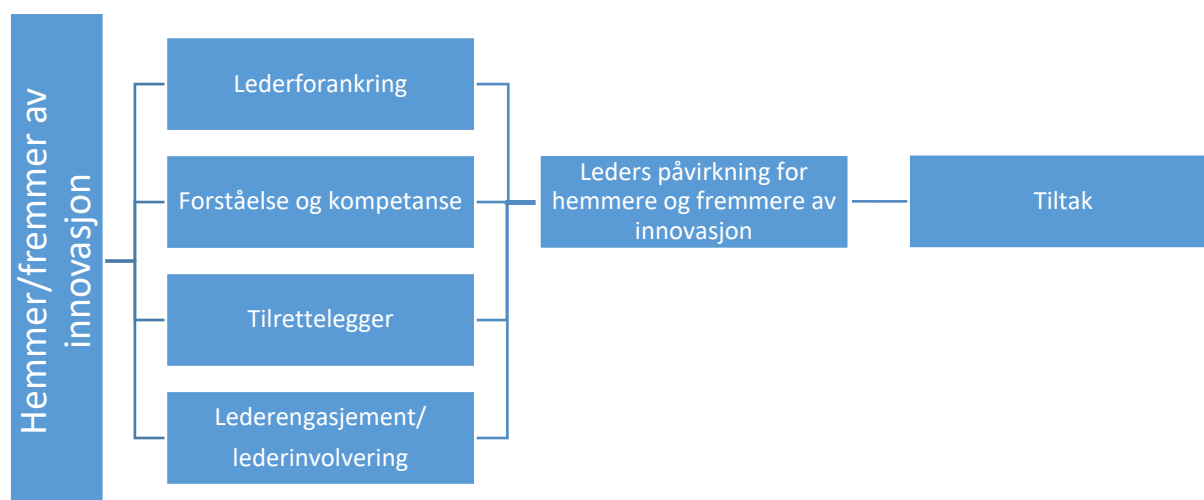
*mange gode og flotte ideer som kom fra forskerne, det var helt fantastisk!»*

-Klinikk B2

Klinikk G er en positiv og optimistisk leder som ikke synes innovasjon er vanskelig å jobbe med. «*Nei, det synes jeg ikke, jeg synes det er artig. Fordi det er nytt, det er spennende. Jeg synes alltid der er artig med nye ting.*» Dette viser en personlighet som er innovativ og proaktiv nye ting. Medarbeidernes motivasjon er en kritisk suksessfaktor, uavhengig av type innovasjon (Sommerbakk et al:2016) Klinikk G utfører en *endringsorientert ledelse*, på grunn av at denne komme med nye ideer om hvordan en kan organisere helsetjenesten på en helt ny måte, denne setter i gang nye prosjekter, er villig til å ta risiko og ser mulighetene framfor problemene (Kaufmann og Kaufmann: 2015;459)

### 5.3 Oppsummering

Jeg har benyttet anledningen til å justere på Birken et al (2012) sin modell til å passe bedre med hemmere og fremmere for innovasjon i helsesektoren, slik jeg har oppfattet dem.



Figur 3: Mellomleders påvirkning for hemmere og fremmere av innovasjon

I denne justerte modellen har jeg identifisert forskjellig hemmere og fremmere for innovasjon som ledere blir påvirket av eller som de kan påvirke. I min utgave av modellen har jeg fokusert på lederforankring (Information diffusion), forståelse og kompetanse (Sythesize information), tilrettelegger (Mediate strategy/day-to day activity) og lederengasjement/lederinvolvering (Selling innovation implementation). Denne inndelingen

av modellen passet bedre når det kom til hvordan ledere kan påvirke hemmere og fremmere for innovasjon i et sykehus.

## **6. Avslutning**

I dette kapitlet belyser jeg de praktiske og forskningsmessige implikasjonene, samt begrensningene. Hovedfunnene fra studien vil så konkluderes. Hensikten med denne studien har vært å få fram hvordan innovasjon hemmes og fremmes i ulike klinikker i sykehus. I tillegg har jeg hatt som et mål å finne om det er like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene i sykehuset. Bakgrunnen for mitt valg av tema har vært en økende interesse rundt innovasjon i helsesektoren, og det har ikke vært mye forskning på hemmere og fremmere innad i et sykehus sett fra mellomleders ståsted.

Mellomledere og deres rolle regnes som en kritisk suksessfaktor for at innovasjon skal lykkes i et sykehus. Dette gjelder mer enn bare sykehus, men også andre store og komplekse organisasjoner. Med relativt lite forskning på hvilke hemmere og fremmere av innovasjon som mellomledere opplever, vil det være viktig å finne mer ut om dette. Mitt mål har vært å få fram en større forståelse av hemmere og fremmere av innovasjon i et sykehus. Mitt utvalg har bestått av ledere fra det regionale helseforetaket, sykehusdirektør, klinikkledere, avdelingsledere og seksjonsledere. Hemmere og fremmere av innovasjon som fenomen har blitt vektlagt i større grad enn ledernivå. Jeg har benyttet en åpen tilnærming i denne undersøkelsen, med et intensivt forskningsdesign, med dybdeintervju med 13 ledere.

Problemstillingen var:

*Hvordan hemmes og fremmes innovasjon på ulike klinikker i et sykehus?*

For å besvare dette spørsmålet ble det stilt to Forskningsspørsmål, og disse var:

- 1. Er det like eller ulike hemmere og fremmere for innovasjon i klinikkene?*
- 2. Hvordan kan mellomledere påvirke hemmere og fremmere for innovasjon?*

### **6.1 Praktiske implikasjoner**

I denne oppgaven viser funnene at det vil være svært nyttig at toppledelsen setter større fokus på innovasjon i sykehuset. Dette er helt nødvendig, sier informantene. Det å ha anledning til å kunne prioritere innovasjonsaktiviteten er etterspurt blant informantene, enten i form av tid eller i form av ressurser.

Det vil også være nyttig om det ble et bedre samarbeid mellom universitetet og universitetssykehuset om innovasjon. I dagens situasjon etableres det to like støttesystemer, med stort sett de samme personene som kjemper om de samme midlene. Om samarbeidet kunne forbedres, hadde det gitt begge institusjonene fordeler.

Mer opplæring og kursing om hva innovasjon er, for å skape en felles forståelse vil være en fordel. I dag råder det usikkerhet om hva som inngår i innovasjonsbegrepet, og dette gjelder selv direktøren. Hva er innovasjon, hva er utvikling, hva er kontinuerlig forbedring og hva er drift?

Motstand mot endring som følge av innovasjon er en naturlig reaksjon. En måte å dempe dette kan være å la medarbeiderne få nok informasjon om prosessene, og la dem få være med i beslutningstakingen. Om ikke ledere eller ansatte ser nytten i en innovasjon, vil den mest sannsynlig bli motarbeidet.

## ***6.2 Begrensinger og forskningsmessige implikasjoner***

Gjennom arbeidet med oppgaven, har jeg oppdaget flere spennende problemstillinger som det kunne vært interessant å forske videre på. Det trengs for eksempel mer forskning på risiko av innovasjonsprosjekter innad i sykehus. Det trengs å undersøkes om det er mulig å bruke de spesielle forutsetningene denne helseregionen har som et grunnlag for «strategisk innovasjon», der geografien, demografien og andre spesielle forhold kan benyttes som en positiv effekt i regionen og for innovasjonsaktiviteten.

En annen innfallsvinkel til denne oppgaven kunne vært og sett på om det faktisk er mye innovasjonsaktivitet som pågår som følge av fokuset på Kontinuerlige forbedringer i sykehuset. Flere av informantene snakket om at det kan ikke foregå kontinuerlig forbedring uten innovasjon, og det kan ikke bli en innovasjon uten kontinuerlig forbedring. I tillegg kunne det vært interessant å sett nærmere på hvordan sykehuset samarbeider med andre institusjoner, både i privat sektor og innenfor UH-sektoren. Kun en av informantene var opptatt at radikal innovasjon, og det kunne vært spennende å sett på hvordan de ideene denne informanten kom med kunne ha påvirket organiseringen i sykehuset. En annen ting som også bør sees nærmere på om noen år, er om sykehuset har fått en innovasjonskultur. Dette snakket det regionale helseforetaket om, at etablering av innovasjonskultur er et av deres mål. Dette står i deres forsknings og innovasjonsstrategi som nylig er vedtatt.



I denne oppgaven har det kun blitt fokusert på ledere og deres syn på hemmere og fremmere for innovasjon i sykehuset. Det kan være interessant å se på hva klinikere og andre profesjoner på sykehuset mener om temaet.

### **6.3 Konklusjon**

Fra resultatene kan jeg trekke to hovedkonklusjoner. For det første er forskningslitteraturen om hemmere og fremmere for innovasjon i sykehus har vært begrensete, mens det har vært en større andel litteratur om hemmere og fremmere i offentlig sektor. Det som jeg har funnet at forskningslitteratur om innovasjon i sykehus, har for det meste sett på ulike former for medisinskteknisk utstyr og hvilke hemmere og fremmere dette har framkalt for implementering av innovasjonen. Det eksisterer en større andel forskningslitteratur på innovasjon i offentlig sektor. Jeg har også funnet flere rapporter som har blitt utarbeidet om hemmer og fremmere i helsesektoren (som for eksempel Thune:2015 – Sykehus som innovasjonsarena). Litteraturen som om handler ledelse og innovasjon i helsesektoren er også forholdsvis liten, men det har vært noe å studere, blant annet Birken et al (2012), Birken et al (2014), Birken et al (2016), Moreira (2017) og Chung og Kim (2017). Jeg har ikke studert hvilke typer innovasjoner eller i hvilken fase innovasjonene er i, jeg har kun fokusert på hva lederne mener hemmer og fremmer innovasjonene i sykehuset.

Og for det andre, eksisterer det en rekke hemmere og fremmere for innovasjon i universitetssykehuset som jeg har undersøkt. Et av mine funn er at toppleders manglende fokus på innovasjon i sykehuset har stor betydning for hvordan klinikkene jobber med innovasjon. Det var flere av informantene som nevnte at det kun er tilfeldigheter som har gjort at de har innovasjonsprosjekter og at det har vært enkeltpersoner med en spesiell interesse som er prosjektledere. Disse enkeltpersonene fikk igjen veldig god lederstøtte fra sine klinikkledere. Et annet funn som absolutt er verdt å merke seg er at alle informantene snakket om nødvendighetene med innovasjon, enten på grunn av den økonomiske situasjonen som sykehuset og helsetjenesten for øvrig befinner seg i, eller så var det på grunn av de utfordringene som helsetjenesten står ovenfor med flere kroniske eldre og færre ressurser. Hvis ikke sykehuset og helsesektoren for øvrig innoverer, vil den ikke klare sitt samfunnsoppdrag. Begge disse faktorene tvinger sykehuset til å tenke helt nytt og samtidig gjøre det samme enda bedre. En fremmer for innovasjon som ble trukket fram, var muligheten for å søke innovasjonsmidler fra det Regionale Helseforetaket. Dette har gitt økt

oppmerksomhet og andelen søknader som kom inn, viser at det er stor interesse og behov for slike midler.

Det vil være en fordel for sykehuset å utarbeide strategier eller handlingsplaner for innovasjon, for å forankre dette bedre i organisasjonen. Eller i det minste fokusere i større grad på innovasjon enn det det har vært til nå. Det kan gjøres med å benytte ordet innovasjon i større grad enn i dag, og det kan være å arrangere Onsdagsmøter med innovasjon som tema. Det å få på plass infrastruktur som kan håndtere innovasjonsprosjekter, enten dette være seg støtteapparat med kunnskap om for eksempel IP rettigheter, EU reglement og søknadsskriving til ulike finansieringskilder, vil være en stor verdi for sykehuset. Det var flere av informantene som nevnte disse forholdene som hemmere for innovasjon. Tid og ressurser var noe som informantene trakk frem som hemmer for innovasjon, enten for liten tid til innovasjon, har det for travelt i hverdagen til å kunne fokusere på innovasjon, og at det tar lang tid før en innovasjon kommer ut i drift. Ressurser i form av frikjøp av klinikere til å kunne drive et innovasjonsprosjekt, eller ressurser i form av økonomiske midler var også en hemmer. Det er stor interesse og iver etter å jobbe med innovasjon, men det trenger mer fokus.

## Litteraturliste

- Aasen TM B. (2009) *Innovasjon i forretningsorganisasjoner: Forskningsperspektiver og forskningstilnæringer*. NTNU Samfunnsforskning
- Aarrestad og Heim (2008) *Ulike vekststrategier for et merke - en sammenligning (Del II)*. Magma 03/2008
- Albury, D. (2005) *Fostering Innovation in Public Services*. Public Money & Management, 25:1, 51-56
- Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L., Young, T. (2011) *Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study*. BMC Health Service Research 2011, 11:342
- Bergsland, J., Elle, O J., Fosse, E. (2014) *Barriers to medical device innovation*. Medical Devices: Evidence and Research 2014:7, 205-209
- Birken, S A., Lee, S-Y D., Weiner, B J. (2012) *Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation*. Implementation Science 2012, 7:28
- Birken, S A. (2014) *How Middle Managers Can Influence Innovation Implementation*. AHRQ Health Care Innovations Exchange. 05/07/14 <https://innovations.ahrq.gov/perspectives/how-middle-managers-can-influence-innovation-implementation> (28.11.2017)
- Birken, S A, Lee, S-Y D, Weiner, B J, Chin, M H, Chiu, M, Schaefer, C. (2015) *From strategy to action: How top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations*. Health care Manage Review, 2015, 40(2), 159-168
- Birken, S A., DiMartino, L D., Kirk, M A., Lee, S-Y D., McClelland, M., Albert, N M. (2016) *Elaborating on theory with middle managers' experience implementing healthcare innovation in practice*. Implementation Science (2016) 11:2
- Borins, S. (2002) *Leadership and Innovation in the public sector*. Leadership & Organization Development Journal 23/8 (2002) 467-476
- Chesbrough H. (2011) *Open services innovation - Rethinking your business to grow and compete in a new era*. Published by Jossey-Bass. A Wiley Imprint
- Christensen, C M., Bohmer, R MJ., Kenagy, J. (2000) *Will disruptive Innovations Cure Health Care?* Harvard Business Review, The September-October 2000 Issue
- Costa, L S. (2016) *Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research*. Cad. Saúde Pública vol.32 suppl. 2 Rio de Janeiro 2016 Epub Nov 03, 2016
- De Vries, H., Bekkers, V., Tummers, L. (2016) *Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda*. Public Administration. Vol.94, No. 1, 2016 (146-166)
- Engle, R L. et al (2017) *What role do middle managers play in implementation of innovative practices?* Health Care Management Review. 2017 Jan; 41(1): 14-27

- Erichsen, M., Solberg, F., Stiklestad, T. (2015) *Ledelse i små og mellomstore virksomheter*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Ewing Marion Kaufmann Foundation (2015). *How intellectual property can help or hinder innovation – an overview of intellectual property*. An educational policy brief from the Ewing Marion Kaufman Foundation, April 7.2015
- Fisher, B D., Rohde, M. (2013) *Management Resistance to Innovation*. American Journal of Management. Vol 13(1)2013
- Foyn, F. (2011) *Innovasjon i offentlig sektor*. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 25/2011. ISBN 978-82-537-8133-4
- Ghaferi, A A. et al (2016) *The Next Wave of Hospital Innovation to Make Patients Safer*. Harvard Business Review, August 8, 2016
- Gotvassli, K-Å. (2015) *Kunnskap, kunnskapsutvikling og kunnskapsledelse i organisasjoner*, Fagbokforlaget
- Grund, J. (2000) *Sykehus – hvordan bør de styres?* Magma 5/2000
- Grund, J. (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Dilemmaenes tyranni. Universitetsforlaget
- Grünfeld L.A. et al (2017) *Innovasjon i offentlig sektor og samfunnsøkonomisk sektor og samfunnsøkonomisk lønnsomhet - En Guide, utvalgte eksempler og en kartlegging av effektstudier*. Rapport av Meon Econocis og KS FoU
- Gutberg, J., Berta, W. (2017) *Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture*. BMC Health Services Research (2017) 17:582
- Hansen, L., Almqvist, F., & Misvær, K. (2016). *Veikart for tjenesteinnovasjon: Følgforskning på effekten av tjenesteinnovasjon for Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Oslo: Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo.
- Herzlinger, R. (2006) *Why Innovation in Health Care Is So Hard*. Harvard Business Review. May 2006
- Hernes T. og Røste R. (2005) *Innovasjonsprosessers utfordringer og behovet for å arbeide strategisk relasjonelt*. Magma 2/2005
- Hennestad, B.W., (2002) *Endringsledelse som implementering - sentrale utfordringer*. Magma 3/2002
- Hennestad B.W og Revang Ø (2017) *Endringsledelse og ledelsesendring – fra plan til praksis*. Universitetsforlaget 3.utgave
- Hillestad, T., Grönquist, D., Yttri B. (2014) *Organisasjonskultur: Aktivum eller barrierer for radikal innovasjon og transformasjon*. Magma 8/2014, s. 35-44
- Hillestad, T., Yttri B. (2016) *Hvordan kan kulturutvikling bidra til økt innovasjon og omstilling*. Magma 7/2016, s 42-52
- Isomäki, A. (2017) *The Role of Middle Management in Innovation*. Viima, March 2017

- Jacobsen, D.I. (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2.utgave. HøyskoleForlaget
- Jacobsen D.I. og Thorsvik J. (2014) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk administrative fag*. 3.utgave. Abstrakt Forlag
- Johannessen, J-A., og Olaisen, J. (2004) *Strategisk Helseledelse*. Universitetforlaget
- Johannessen, J-A, og Olsen, B: (2010) *Positivt lederskap. Jakten på de positive kreftene*. Fagbokforlaget. 2.opplag 2010
- Johannessen J-A., Olsen B., og Stokvik H., (2013) *Innovative organisasjoner. Fra ide til faktura*. Fagbokforlaget
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*.5.utgave Bergen: Fagbokforlaget.
- Kim, J S., & Chung, G H. (2017) *Implementing innovations within organizations: A systematic review and research agenda*. Innovation. DOI: 10.1080/14479338.2017.1335942
- Kissi, J., Dainty, A., Liu, A. (2012) *Examining middle managers' influence on innovation in construction professional service firms: A tale of three innovations*. Construction Innovation, Vol 12. Issue 1, pp 11-28
- Kralewski, D., *Bottom-up decentralized approach to innovation strategy*. University of Gdansk, Poland. [www.ceur-ws.org/vol-864/paper\\_7.pdf](http://www.ceur-ws.org/vol-864/paper_7.pdf)
- Lister, C., Payne, H., Hanson, C., Barnes, M.D., Davis, S.F., Manwaring, T. (2017) *The Public Health Innovation Model: Merging Private Sector Processes with Public Health Strengths*. *Frontiers in Public Health*. August 2017, Volume 5, Article 192.
- Long, C S., Alifiah, M N., Kowang, T O., Ching, C W. (2015) *The relationship between self-leadership, personality and job satisfaction: A review*. Journal of Sustainable Development. Vol. 8, No.1;2015
- Mahapatra, P. og Dr. Kar, A.K: (2016) *From Organizational Learning to the Learning Organization: A paradigm shift*. IJARIE vol 2, issue 6, 2016. pp:1173-1182. Issn(O) 2395-4396
- McAlearney et al (2016) *Challenges of implementation and implementation research: Learning from an intervention study designed to improve tumor registry reporting*. SAGE Open Medicine, Vol 4:1-8, 2016
- Mehmetoglu, M. (2004) *Kvalitativ metode for merkantile fag*, Fagbogforlaget ISBN13: 9788276749946
- Moreira, M R A., Gherman, M., Sousa, P S A. (2017) *Does innovation influence the performance of healthcare organizations?* Innovation, 19:3, 335-352
- Mørk, BE., Hoholm, T., Aanestad, M., Edwin, B., Ellingsen, G. (2005) «*The greatest barrier for innovations in health care is the «scared old men»*» - A study of actors' interpretations of knowledge sharing and innovation processes. The 6<sup>th</sup> European Conference On Organizational Knowledge, Learning and Capabilities. Bentley College, Waltham, MA, USA, March 2005
- Nyeng, F. (2010) *Vitenskapsteori for økonomer*. Abstrakt Forlag 5.opplag 2010

- Nysveen, H., Thorbjørnsen, H., Pedersen, P E. (2012) *Samskaping og innovasjon*. Magma 3/2012 s26-34
- Potts J., Kastle T. (2010) *Public sector innovation research: What's next?* Innovation; Management, Policy & Practice.12:2. pp: 122-137. DOI: 10.5172/impp.12.2.122
- Roos, G., von Krogh, G., Roos, J., Boldt-Christmas L., (2014) *Strategi - en innføring*, Fagbokforlaget 6.utgave
- Roos, G., von Krogh, G., Roos, J., (1994) *Strategi*. 2.utvidede opplag. Green Valley University Press. Ltd., Dublin
- Ruiz-Jiménez, J M., Fuentes-Fuentes, M d M. (2016) *Management capabilities, innovation, and gender diversity in the top management team: An empirical analysis in technology-based SMEs*. Business research Quarterly (2016), 19, 107-121
- Rydland, M. (2015) *Hvilken rolle spiller mellomlederen?* Magma 7/2015 s.47-55
- Sander, K.. Ansvarlig Redaktør. (10.3.2016) *Innovasjonsformer*. Lastet ned fra [www.eStudier.no](http://www.eStudier.no) (15.3.2017)
- Salaman, C., Storey, J. (2002) *Managers' theory about the process of innovation*. Journal of Management Studies 39:2 March 2002
- Satell, G. (2013). *How to Manage Innovation*, Forbes 7.March 2013
- Schultz, C., Zippel-Schultz, B., Salomo, B. (2012) *Hospital innovation portfolios: Key determinants of size and innovativeness*. Health Care Manage Review, 2012, 37(2), 132-143
- Sivertsen, S. (2015) *Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene*. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
- Sommerbakk, R., Haugen, D F., Tjora, A., Kaasa, S., Hjermstad, M J. (2016) *Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway*. BMC Palliative Care (2016) 15:61
- Thune, T. (2015) *Sykehus som innovasjonsarena*. Senter for Teknologi, innovasjon og kultur (TIK). Universitetet i Oslo. 2015. ISBN 978-82-7986-097-6
- Tidd, J., Bessant, J., Pavitt, K. (2005) *Managing Innovation. Integrating Technological, Market and Organizational Change*. Third edition. John Wiley & Sons. LTD ISBN nr 0-470-09326-9 (PB)
- Walker, RM., Damanpour, F.,Devece C A. (2011) *Management Innovation and Organizational Performance: The Mediating Effect of Performance Management*. Journal of Public Administration Research and Theory, Volume 21, Issue 2, 1
- Offentlige dokumenter relevant for oppgaven**  
 Abelia (07.04.2016) *Kapittel 4 - Økt effektivitet i den offentlige sektor*. Høringssvar til Produktivitetskommisjonen

Helse Nord RHF (2016) *Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020- Med god forskning og aktiv innovasjon former vi fremtidens helsevesen av beste kvalitet.*

Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge, SINTEF og Innomed, *Håndbok for Behovsdrevne innovasjoner - 10 steg til innovasjon i helsesektoren.*

Helse og omsorgsdepartementet (2011) Rapport: Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren

Helse og Omsorgsdepartementet (2014) *HelseOmsorg21 – et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings – og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.*

Helse –og omsorgsdepartementet (2015) «*Forskning og innovasjon for pasientens beste - Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2015.* Utarbeidet av Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord på oppdrag fra HoD

Helse Sør-Øst RHF - *Regional strategi for forskning og innovasjon 2013-2016*

Helse Vest RHF 2016-2020, *Innovasjonsstrategi*

Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) (11.02.2016) - *Offentlig sektor må ha samme omstillingskrav som næringslivet*

Norges Forskningsråd (2017) *Det norske forsknings –og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer «Indikatorrapporten 2017»* ISBN 978-82-12-03637-6 (PDF) Trykk: 07 Media – 07.no

Norges Forskningsråd. “*Forskning og innovasjon for utvikling av tjenester -Hvordan finansiere forskning for å utvikle nye kunnskapsbaserte tjenester*”

Norges Forskningsråd (nov.2012) *Innovasjon i offentlig sektor -Policy hefte for Forskningsrådets arbeid.* ISBN 978-82-12-03155-5

Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016-2010. *På lag med deg for din helse*

St.meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge.* Det kongelige nærings – og handelsdepartement

Direktoratet for forvaltning og IKT, 26.09.2016, Difi.no

Universitetssykehuset i Nord-Norge - *Styresak 7/2017*

Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2013-2017, *Forskningsstrategi- versjon*

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, *Kvalitetsstrategi 2016-2020*

### ***Fra lovdata***

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) *Helseforetakslovens §§ 1 og 2*

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. *Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8*

LOV 2006-06-30 nr. 56: *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskningen*

## **Vedlegg 1 - Informasjonsskriv Regionalt Helseforetak**

Hei,

Kjempeflott at dere vil stille til intervju! Og enda mer spennende for oss at dere finner dette nyttig for det regionale helseforetaket! Mandag 14.august kl. 10-11 passer utmerket, regner med dere tenker et skypemøte da?

I hovedtrekk går masteroppgaven ut på hvordan ledere på ulike nivå forholder seg til forskning- og innovasjonsstrategien. Vi har utarbeidet en foreløpig intervjuguide og venter på tilbakemelding i løpet av uka fra vår veileder i Bodø for å ferdigstille den helt. Vi tenker å gjennomføre semistrukturerte intervjuer med noen tilfeldig utvalgte ledere på ulike nivå ved UNN (ca 10 stk), hvor et ustrukturert intervju med dere kan danne grunnlag for vår endelige intervjuguide. (Dere har dermed mulighet til å påvirke oppgavens undersøkelse).

Vårt ønske er at dere blant annet utdyper hvilke forventninger det regionale helseforetaket har til ledere som skal implementere strategien og hvordan RHFet har tilrettelagt for å gjennomføringen, samt eventuelt andre tanker dere har rundt dette.

Her er et utdrag fra oppgaven vår:

“Vårt utgangspunkt er det regionale helseforetakets strategi for forskning- og innovasjon der et av målene er å øke innovasjonsaktiviteten. Der inngår fem delmål for å iverksette strategien om å øke innovasjonsaktiviteten, hvorav det femte delmålet er å etablere en innovasjonskultur i alle helseforetak. Hvordan kan ledere ved universitetssykehuset imøtekomme denne strategien og hvilke tiltak er avgjørende for at ledere skal forholde seg til krav om innovasjon i sin daglige drift?

*Vår problemstilling er:*

### ***Hvordan kan ledere ved sykehuset etablere en innovasjonskultur?***

*Våre forskningsspørsmål er:*

1. Hvilke tiltak har ledere ved sykehuset iverksatt for å imøtekomme strategien om økt innovasjonsaktivitet?
2. Hvordan kan ledere ved sykehuset motivere medarbeidere til kreativitet og nytenkning i en ellers hektisk hverdag? (Etablere innovasjonskultur)”

Hilsen Lone og XX



***Vedlegg 1.1 Intervjuguide for-intervju for det Regionale Helseforetaket:***

1. Hva er bakgrunnen for ny strategi om innovasjon?
2. Hvilke forventninger har RHFet for foretakene som skal implementere strategien og eventuelt andre tanker dere har rundt dette.
3. Hvordan dere har tilrettelagt for å implementering og gjennomføring av innovasjon?
4. Hvilke andre tanker dere har rundt dette?
5. Hva tenker dere at foretakene kan gjøre?
6. Hvordan er strategien blitt forankret i foretakene?
7. Hvordan tenker dere å svare på deres egen strategi?
8. Hvordan kan denne strategien føre til økt innovasjonsaktivitet?

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene**

Hei,

XX og jeg holder på å avslutte MBA-studiet, (Master of business administration), ved Nord Universitet, og skriver nå masteroppgave om hvordan få til/etablere innovasjonskultur i sykehuset.

Det regionale helseforetaket har en ny Forsknings- og innovasjonsstrategi, hvor universitetssykehuset skal implementere:

*“økt behovsdrevet og forskningsbasert innovasjon skal gi bedre kvalitet i helsetjenestetilbudet, mer effektivisering, kostnadsreduksjon og næringsutvikling. Innovasjonsaktiviteten skal økes”.*

(Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020, 24.02.2016).

Vi ønsker å finne ut hvordan ledere ved sykehuset kan implementere forsknings- og innovasjonsstrategien, spesielt med tanke på «etablering av innovasjonskultur». Vi håper at du vil bidra med kunnskap i form av et intervju hvor vi får høre om dine forventninger og tanker rundt dette.

Intervjuet kan foregå på ditt kontor, via Skypemøte eller telefonmøte.

Vi antar at intervjuet vil ta ca. 1 time, og vi vil benytte lydopptaker under hele intervjuet. Alle intervjuene blir transkribert og dataene anonymisert før bruk i oppgaven.

Med vennlig hilsen

Lone og XX

## *Vedlegg 2.1 Intervjuguide*

### **1. Hvordan forholder universitetssykehuset seg til innovasjon?**

- a. Jobbes det strategisk med dette?
- b. Kjenner du til at det finnes en strategi for forskning og innovasjon i RHFet eller ved helseforetaket?
- c. hvis ja, hvor godt kjenner du til denne?
- d. Kan du fortelle oss med egne ord hva denne strategien går ut på? Hva den inneholder?

### **2. Har sykehuset en egen strategi for innovasjon?**

- a. Hva er relevansen for din avdeling?
- b. Hvordan jobber du med strategier generelt i din avdeling?
- c. Kan du gi eksempler på hvordan du implementerer strategier?

### **3. Hva forbinder du med innovasjon?**

- a. Er det relevant for din avdeling?
- b. På hvilken måte og hvordan/evt hvorfor ikke?
- c. Er innovasjonsoppgaver en del av dine arbeidsoppgaver? På hvilken måte?
- d. Opplever du at det er viktig med innovasjon?

### **4. Er innovasjon vanskelig å jobbe med? Evt hvorfor? (Hemmere/fremmere)**

### **5. Kan du fortelle om noen innovasjonsprosjekter i avdelingen?**

- a. Påbegynte/avsluttede?
- b. Hvordan ble de til?
- c. Hvem var pådrivere?
- d. Hvem var involverte i prosjektene?
- e. Vil du definere dette som (rene) innovasjonsprosjekter?

**6. Hvordan forholder medarbeiderne seg til innovasjon?**

- a. Kan du fortelle hvilken rolle du har hatt i prosessen rundt innovasjonsprosjekter i din avdeling?

**7. Opplever du at sykehuset/klinikken er innovasjonsorientert? Evnt på hvilken måte?**

**8. Har det skjedd noen (holdnings)endringer i hvordan du/dere på klinikken/avdelingen forholder deg/dere til innovasjon?**

- a. På hvilken måte?
- b. Har du noen eksempler?

**9. Vet du om noen form for støtte fra RHFet for innovasjon?**

**10. Har du hørt om noen virkemidler som er igangsatt rundt innovasjonsstrategien?**

- a. Hvis ja, hvilke?
- b. Hvis nei, hva skulle du ønske?

**11. Har strategien ført til noen endringer slik du ser det? Utdyp gjerne. (fremmere)**

- a. Har medarbeidere fått en ny måte å tenke på?
- b. Har det skapt uro/spenning/glede?
- c. Engasjement/motivasjon?

**Vedlegg 2.2. Revidert utgave av intervjuguiden**

1. Hvordan forholder RHFet/Sykehuset/din seksjon seg til innovasjon?
2. Hva forbinder du med innovasjon? Er det relevant for din avdeling?
  - a. På hvilken måte og hvordan/evt hvorfor ikke?
3. Er innovasjonsoppgaver en del av dine arbeidsoppgaver? På hvilken måte?
4. Opplever du at det er viktig med innovasjon?
5. Er innovasjon vanskelig/lett å jobbe med?
  - a. a. Evnt hvorfor? (Hemmere/fremmere)
  - b. Hvilke tiltak kan iverksettes?
6. Er det noe som du kan/bør gjøres annerledes i dag i din klinikk/avdeling/seksjon?
7. Kan du si noe om hva du mener hemmer/fremmer innovasjon i din seksjon?
  - a. kan du eller dine medarbeidere gjøre noe med dette?
8. Kan du fortelle om noen innovasjonsprosjekter i avdelingen?
  - a. Påbegynte/avsluttede?
  - b. Hvordan ble de til?
  - c. hvem var pådrivere?
  - d. Hvem var involverte i prosjektene?
  - e. Vil du definere dette som (rene) innovasjonsprosjekter?
9. Hvordan forholder medarbeiderne seg til innovasjon?
10. Kan du fortelle hvilken rolle du har hatt i prosessen rundt innovasjonsprosjekter i din avdeling?
11. Opplever du at sykehuset er innovasjonsorientert? Evnt på hvilken måte?
12. Vet du om noen form for støtte fra RHFet for innovasjon? (virkemidler/tiltak)
13. Har du hørt om noen virkemidler som er igangsatt rundt innovasjon?
  - a. Hvis ja, hvilke?
  - b. Hvis nei, hva skulle du ønske?

