

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn / kandidatnr.: June Almli/27 og Knut Jørgen H. Rotabakk/46

Hvordan jobber sykepleierledere med
innovasjon i kommunehelsetjenesten?

Dato:

29.05.2020

Totalt antall sider: 58

Sammendrag

Vi har i denne oppgaven forsket på innovasjon i kommunehelsetjenesten. Problemstillingen vår er som følger; *Hvordan jobber sykepleierledere med innovasjon i kommunehelsetjenesten?*

Formålet har vært å belyse sykepleierlederrollen og å lete etter tegn som kan forklare hvordan man jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. Studien springer ut fra både vår grunnleggende interesse for innovasjon og fra samfunnsaktualiteten som uttrykkes gjennom små lokale forbedringer og tilpasninger til nasjonale strategier og føringer for innovasjon.

Studien tar utgangspunkt i teorier om innovasjon. Våre hovedfunn fra litteraturdelen er at begrepet innovasjon er vanskelig å definere, særlig sett opp mot begrepet endring. Vi har funnet flere måter å beskrive innovasjoner på, ut fra nyhetsverdi og størrelse, samt etter type. Mellomlederen har en viktig rolle knyttet til innovasjon, som et bindeledd mellom strategisk ledelse og det utøvende leddet i organisasjonen. Litteraturen viser Corporate Entrepreneurship (CE) som en god modell for bedriftsfornyning innen etablerte organisasjoner, med topplederstøtte, selvbestemmelse, belønning, ressurser og informasjonsflyt som fem viktige dimensjoner.

Vi har valgt å gjennomføre kvalitative dybdeintervju med tre sykepleierledere innenfor et avgrenset geografisk område i Norge. Funnene våre viser at de tre informantene svarer mye likt når det gjelder både oppfatning og operativ tilnærming til innovasjon. Hensikten var å belyse temaet og å finne indikasjoner på hvordan sykepleierledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. Det opplever vi å ha oppnådd.

Konklusjonen på problemstillingen er at sykepleierlederne ikke har noen tydelig forståelse for begrepet innovasjon, og trolig kunne hatt hjelp av å bruke begrepet «sosial innovasjon» som tydeliggjør innovasjoner i møtet mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker. Videre viser vi at det mangler strategier for innovasjon i de kommunene vi har besøkt. I tillegg har vi på bakgrunn av funn, utledet to nye dimensjoner i CE-modellen: Medbestemmelsesdimensjonen og Tidsdimensjonen.

Abstract

We have throughout this thesis studied innovation in the municipal public health care in Norway. The problem to be addressed is as follows: *How does department managers within municipal public health care work with innovation?*

The goal of the thesis has been to focus on the role of the department managers and look for markers of innovation in the municipal public health care. The study arises both from our common interest in innovation and from the social relevance which is expressed through tiny, local improvements and adaptations to national strategies and guidelines for innovation.

The thesis is based on theories of innovation. Our main findings from literature is that the term innovation is hard to define, especially held up against the term change. We have found several ways to describe innovations, based on news value, impact and type. Middle managers play an important role in the development of innovations, as the link between strategic management and the practitioners in the organisation. Literature shows Corporate Entrepreneurship (CE) as a good model for remodelling companies within established organisations, with top management support, work discretion/autonomy, rewards/reinforcement, time availability, and organizational boundaries as five important dimensions.

We have chosen to perform qualitative depth interviews with three department managers within a geographically defined area in Norway. Our findings show that the three interview objects are quite coherent in both perception and operative approach regarding innovation. The purpose was to shed some light on the subject and find indications on how department managers works with innovation in the municipal public health care; a goal which we mean to have achieved.

The conclusion to the topic is that the department managers have no clear understanding of the term innovation, and most likely would benefit from using terms like “social innovation”, which clarifies innovations in the meeting between service providers and service recipients. Further on we show that there is a lack of strategy for innovations in the communes we have visited. On top of this we have, based on our findings, added two more dimensions in the CE model: the participation dimension and the time dimension.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Abstract	iii
Innholdsfortegnelse	iv
Oversikt over begreper, figurer og tabeller	vi
Forord.....	ix
1 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens oppbygning	2
2 Teori	3
2.1 Innovasjon	3
2.1.1 Hva er innovasjon i offentlig sektor?	3
2.1.2 Bricolage, inkrementelle og radikale innovasjoner.....	4
2.1.3 Typer innovasjon.....	5
2.1.4 Hvem påvirker til innovasjon i offentlig sektor?	6
2.1.5 Lederes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten	8
2.1.6 Lederen som rollemodell.....	9
2.2 Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap).....	9
2.2.1 CE-modellens fem dimensjoner	11
3 Metode.....	14
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	14
3.2 Metodevalg og datainnsamling.....	14
3.3 Kvalitative intervjuer.....	16
3.4 Valg av informanter (inkludering og eksklusjon)	17
3.5 Tidshorisont.....	17
3.6 Behandling av data	18
3.7 Analyse av data.....	18
3.8 Sterke og svake sider ved metodevalget.....	20
3.9 Validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet)	20
3.10 Generalisering	22
3.11 Presentasjon av case.....	22
3.12 Oppsummering metode	23
4 Resultat.....	24
4.1 Innovasjon	24
4.1.1 Hva er innovasjon i offentlig sektor?	24
4.1.2 Bricolage, inkrementelle og radikale innovasjoner.....	24
4.1.3 Typer innovasjon.....	25
4.1.4 Hvem påvirker til innovasjon i offentlig sektor?	27
4.1.5 Lederes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten	29
4.2 Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap).....	30
4.2.1 Topplederstøtte.....	30
4.2.2 Selvbestemmelse	31
4.2.3 Belønning	31
4.2.4 Ressurser	32

4.2.5	Informasjonsflyt	34
4.3	Oppsummering resultater	35
5	Analyse.....	38
5.1	Innovasjon	38
5.1.1	Hva er innovasjon i offentlig sektor?	38
5.1.2	Radikale og inkrementelle innovasjoner og bricolage	39
5.1.3	Typer innovasjon.....	40
5.1.4	Hvem påvirker til innovasjon i offentlig sektor?	41
5.1.5	Lederes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten	43
5.2	Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap).....	46
5.2.1	Topplederstøtte.....	46
5.2.2	Selvbestemmelse	47
5.2.3	Belønning	47
5.2.4	Ressurser	48
5.2.5	Informasjonsflyt	49
5.2.6	Medbestemmelse og medvirkning	50
5.2.7	Tidsdimensjonen	50
5.3	Oppsummering av analysekapitlet.....	50
6	Konklusjon	52
6.1	Teoretiske implikasjoner	53
6.2	Praktiske implikasjoner	54
6.3	Forslag til videre forskning.....	54
7	Litteraturliste	55
8	Vedlegg	1

Oversikt over begreper, figurer og tabeller

Begreper

Bricolage – endringer i det enkelte møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (Fuglsang & Sørensen, 2011, s. 28).

Bottom-up – «Bottom-up»-strategier baseres på initiativ fra medarbeidere som utfører tjenesteytingen, og som forsøker å få støtte til implementering av nye ideer (Andersen, Gårseth-Nesbakk & Bondas, 2015, s. 28).

Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap) – forkortes til **CE** - er entreprenørskap innen etablerte organisasjoner og det er søkelys på å anerkjenne mulighetene. Det er en prosess med fokus på å søke og oppdage muligheter med mål om innovasjon, forretningsytelse og verdiskaping (Åmo & Kolvereid, 2016).

CE sin modell består av fem dimensjoner og begrepene beskrives under:

1. **Topplederstøtte** – betyr at toppleder er pådriver for innovative ideer og legger til rette for de ressurser som trengs for å følge opp gründeraktiviteter (Kuratko, Hornsby & Covin, 2014).
2. **Selvbestemmelse** – eller autonomi betyr å bestemme selv og i CE-modellen delegeres myndighet og ansvar for at det skal skje (Kuratko et al., 2014).
3. **Belønning** – et verktøy for å motivere og i denne sammenhengen menes hvordan gründeraktiviteter belønnes (Kuratko et al., 2014).
4. **Ressurser** – det handler om tilgjengelig tid og handlingsrom i forbindelse med innovasjonsarbeidet (Kuratko et al., 2014).
5. **Informasjonsflyt** – kommunikasjon internt og eksternt i organisasjonen (Kuratko et al., 2014).

Entreprenørskap – kan forstås som realisering og kommersialisering av innovasjonen, utvikle en ny virksomhet eller nye virksomhetsområder i en eksisterende virksomhet (Erichsen, Solberg & Stiklestad, 2018, s. 359).

Inkrementelle innovasjoner – små endringer på varer og tjenester (Tidd & Bessant, 2009).

Innovasjon – betyr å fornye eller lage noe nytt. (Tidd & Bessant, 2009). En innovasjon i offentlig sektor skal være ny for organisasjonen og må ha en viss nyhetsverdi for organisasjonen som implementerer den (Foyn, 2011). For at det skal regnes som en innovasjon, må endringen være gjennomført (Fuglsang, 2010).

Kommunehelsetjenesten – helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 2).

Kvalitativ metode – datainnsamlingen og analysen gjennomføres via tekster, lyd og bilde (Dalland, 2012; Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011).

Ledelse – er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 416).

Medarbeiderinvolvering – her framheves involvering av medarbeideren som kilde til innovasjon. Det antas at alle ansatte representerer kunnskap, erfaringer og ideer som kan bidra til innovasjon. (Aasen & Amundsen, 2015, s. 162).

Medbestemmelse – omfatter alle tiltak som gir de ansatte innflytelse på avgjørelsesprosesser på alle plan i virksomheten, fra fastsetting av virksomhetens overordnede mål til de løpende avgjørelser i tilknytning til den enkeltes daglige arbeid og innsatsvilje (NOU 2010:1, 15).

Mellomleder – ledernivå mellom toppleder og leder på operativt nivå (Willumsen & Ødegård, 2015).

Radikale innovasjoner – banebrytende endringer som helt forandrer måten vi tenker og bruker en vare eller tjeneste på (Tidd & Bessant, 2009).

Sosial innovasjon – i offentlig sektor omtales innovasjonsbegrepet gjerne som en innovasjon mellom personer og tjenester (Willumsen & Ødegård, 2015). Disse innovasjonene anses å kunne medføre nye løsninger på sosiale behov og fører til nye eller forbedrede tjenester og bruk av allerede eksisterende ressurser (Totcheva, Vedeler & Slettebø, 2019).

Strategi – er en bedrifts langsiktige retningsvalg og strategien skal bidra til å styrke virksomheten til fremtidig verdiskaping og muligheten til å realisere en virksomhets potensial (Erichsen et al., 2018, s. 258).

Sykepleierleder – er en sykepleier med lederansvar.

Top-down – innovasjonsprosesser med fokus fra ledelsen og ned gjennom hierarkiet til det utøvende leddet. Nødvendig for å sikre ressurser for implementering av innovasjoner (Steward, Manges & Ward, 2017).

Figurer

Figur 1 Corporate Entrepreneurship-modell (Åmo & Kolvereid, 2016, s. 260).....	11
Figur 2 CE-modellens fem dimensjoner, utledet fra Kuratko et al. (2014, s. 39).....	13
Figur 3 Analyse av dimensjonen «belønning» i NVIVO	19
Figur 4 Analyse av dimensjonen «medbestemmelse» i NVIVO	19
Figur 5 Modell utledet av konklusjon	51

Tabell

Tabell 1: CE-modellen sett opp mot funn i caser gjengitt av våre informanter.	37
--	----

Forord

Denne masteroppgaven avslutter det erfaringsbaserte masterstudiet Master of Business Administration (MBA) ved Nord Universitet, avd. Stjørdal.

MBA-studiet har vært en lærerik, givende og utfordrende prosess. Nord Universitet avd. Stjørdal har tilrettelagt et studium med aktuelle og interessante temaer, gode forelesere og inspirerende studiesamlinger. Vi ville ikke ha vært det foruten.

Studieforløpet har på ingen måte vært problemfritt, og det at vi midt i analyseringen av datamateriale til vår masteroppgave ble rammet av de mest inngripende tiltakene Norge har hatt i fredstid, gjorde det ikke noe enklere. Helsetjenesten ble over natten snudd på hodet, og alle ressurser ble satt inn i beredskapsarbeid og forberedelser til mottak av Covid-19-pasienter. Begge har vi jobber som medfører ansvar i spesialisthelsetjenesten, og fikk derfor en enorm arbeidsbelastning i våre profesjonelle liv. Det var på dette tidspunktet svært oppløftende at vår veileder fra Nord Universitet, Bjørn Willy Åmo, tok kontakt for å høre hvordan det gikk med oppgaven vår, og støttet oss i at fokus måtte være jobb og våre arbeidsoppgaver der. Det ble derfor én vår vi aldri kommer til glemme.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre informanter som har bidratt med sin tid og erfaringer fra egen arbeidshverdag. Videre vil vi benytte anledningen til å takke veilederen vår for konstruktive tilbakemeldinger og god veiledning gjennom hele skriveprosessen. Deretter vil vi takke venner, kollegaer og familie som har bidratt med innspill til oppgaven, og forståelse for at det til tider har vært hektisk med studier i kombinasjon med familieliv og jobb. Vi hadde heller ikke greid dette uten støttende arbeidsgivere, så takk også til dem. Til slutt takker vi for samarbeidet oss imellom. Det å være to sammen om en masteroppgave, har utelukkende vært positivt. Tusen takk for all den gode faglige sparringen, oppmuntrede ord og støtte underveis i prosessen!

Trondheim, 29. mai 2020,

June Almli og Knut Jørgen H. Rotabakk

1 Innledning

Helt siden regjeringen Stoltenberg leverte historiens første norske innovasjonsmelding *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (Nærings- og handelsdepartementet, 2008) i desember 2008, har innovasjon vært sentralt i offentlige utredninger og meldinger. For å videreutvikle velferdssamfunnet over hele landet må offentlig sektor på nasjonalt, fylkeskommunalt og kommunalt nivå stadig fornyes (Nærings- og handelsdepartementet, 2008, s. 14). Innovasjon i offentlig sektor blir derfor en avgjørende faktor for å opprettholde god kvalitet i møtet med globalisering og en demografisk utvikling som vil utfordre landets velferdstjenester (Foyn, 2011).

I mange virksomheter mangler det kunnskap om hva innovasjon er og hvordan innovasjonsarbeid kan ledes og gjøres (Erichsen et al., 2018). Dette støttes av SSB (Foyn, 2011). I deres rapport *Innovasjon i offentlig sektor*, som inkluderte 280 kommuner (hvorav 144 kommuner bare skulle svare for Helse og omsorg), pekes det på at innovasjonsbegrepet ikke blir helt forstått.

I 2013 kom Helse- og omsorgsdepartementet (2012–2013) med sin Stortingsmelding nr. 29 *Morgendagens omsorg* som tydeliggjør at kommunene trenger å styrke seg på nyskaping og innovasjon på en systematisk måte for å møte de utfordringene framtida byr på. For å få til dette kreves økt kompetanse på innovasjon, metodekunnskap og innovasjonsledelse slik at de evner å arbeide på tvers, tar politisk risiko og at medarbeiderne, innbyggere, brukere og organisasjoner involveres og engasjeres direkte.

Inspirert av SSB (Foyn, 2011), som hadde eget fokus på kommunal helsetjeneste, ønsker vi derfor å undersøke hvordan dette fungerer i kommunehelsetjenesten. Der står helsearbeiderne i direkte kommunikasjon og samhandling med pasienter og brukere. På den måten kan de få tydelige tilbakemeldinger med tanke på forventninger og forbedringer. Dette kan helsearbeiderne bringe tilbake til ledere og kolleger. Vi ønsker å se på ledernes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten, og har bestemt oss for å forske på mellomlederrollen. Vår hovedproblemstilling er derfor utformet slik tittelen angir:

Hvordan jobber sykepleierledere med innovasjon i kommunehelsetjenesten?

For å belyse temaet har vi valgt å fordype oss i de tre kjernebegrepene som problemstillingen består av; «Innovasjon», «sykepleierledere i kommunehelsetjenesten» og «jobber med». Det har ledet oss til våre tre forskningsspørsmål. Der ser vi på hva lederne anser som innovasjon i

kommunehelsetjenesten, hvilken kompetanse lederne har og hvordan organisasjonen er rigget for å sikre at nye og nyttige ideer blir nyttiggjort. Her ser vi særlig etter likhetstrekk med et fenomen kalt Corporate Entrepreneurship (CE) (Kuratko et al., 2014). Forskningsspørsmålene våre er som følger:

Forskningsspørsmål 1: Hva anser sykepleierledere i kommunehelsetjenesten som innovasjon?

Forskningsspørsmål 2: Hvilken kompetanse har sykepleierledere som jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er organisasjonen rigget for å sikre at nye og nyttige ideer blir nyttiggjort?

1.1 Oppgavens oppbygning

I neste kapittel vil vi presentere det teoretiske rammeverket vi har brukt. Vi beskriver hva innovasjon i offentlig sektor er, og definerer ulike innovasjonstyper. Vi forsker på mellomlederen, og presenterer det teoretiske rammeverket vi har brukt for lederrollen i innovasjonsarbeidet og hvem som påvirker til innovasjon i offentlig sektor. Deretter beskriver vi Corporate Entrepreneurship og de fem dimensjonene i modellen og bruker denne modellen som teoretisk rammeverk i søken etter å besvare problemstillingen vår. Dernest presenterer vi metodevalget vi har gjort for denne masteroppgaven. I kapittel 4 viser vi resultatene og funnene fra de kvalitative intervjuene vi har gjennomført. Disse resultatene analyseres i kapittel 5 ved at vi diskuterer funnene våre opp imot de teoretiske perspektivene. I kapittel 6 besvarer vi oppgavens problemstilling, forklarer oppgavens teoretiske og praktiske implikasjoner og presenterer noen forslag til videre forskning.

2 Teori

I dette kapitlet presenterer vi oppgavens teoretiske rammer og begreper. Vi søker i denne masteroppgaven å finne svar på hvordan sykepleierledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. Kapittel 2 starter derfor med å introdusere, definere og beskrive innovasjonsbegrepet i offentlig sektor, før vi så ser på leders betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten. Til slutt i kapitlet presenterer vi Corporate Entrepreneurship (CE) som en modell for å fremme engasjement rundt og for bedriftsfornyning.

2.1 Innovasjon

2.1.1 Hva er innovasjon i offentlig sektor?

Begrepet innovasjon har fått så mye oppmerksomhet at vi etter hvert har tatt det inn i dagligtalen (Erichsen et al., 2018, s. 326). Innovasjon kommer fra det latinske ordet «innovare» som betyr å fornye eller å lage noe nytt (Tidd & Bessant, 2009, s. 16). Likevel er innovasjon mer enn bare en oppfinnelse eller en ny idé. Innovasjonsbegrepet har drevet over fra privat sektor til offentlig sektor (Willumsen & Ødegård, 2015), og begrepet blir satt inn i en sammenheng styrt av demokratiske prinsipper, hvor mål og verdier er formulert gjennom folkevalgte organer ("Forskning ved et tidsskille," 1999). Ofte brukes innovasjonsbegrepet som et positivt ladet ord, og at innovasjoner skjer fordi at noen ønsker en forbedring. At det er nytt og betydelig endret fanges av mange opp som en endring til det bedre. Samtidig kan det være til forverring for andre og gi negative konsekvenser som ikke var så lett å forutse (Willumsen & Ødegård, 2015).

I SSBs rapport «Innovasjon i offentlig sektor» (Foyn, 2011, s. 23) defineres innovasjon som: «En innovasjon er 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. Innovasjonen kan enten være et resultat av selvstendige beslutninger innen organisasjonen, eller ha oppstått som svar på nye reguleringer eller politiske mål.»

Vi har i denne oppgaven lagt denne definisjonen til grunn. For at det skal regnes som en innovasjon må endringen være gjennomført, altså implementert i en bestemt kontekst (Fuglsang, 2010). Videre må endringen ha en viss nyhetsverdi for organisasjonen som implementerer den, og organisasjonen trenger ikke selv å ha utviklet den (Foyn, 2011). Endringen kan være besluttet innen organisasjonen, altså av ledere i organisasjonen, i samarbeid med medarbeidere, gjennom innspill fra brukere av tjenester eller den kan ha

kommet som ett pålegg gjennom nye reguleringer eller politiske mål (Willumsen & Ødegård, 2015). SSBs (Foyn, 2011) undersøkelse viser at i kommunene, har helse/sosial og pleie/omsorg høy innovativ aktivitet. Det pekes også på at når innovasjonsbegrepet brukes i offentlig sektor, omtaler den gjerne innovasjon mellom personer og tjenester. I den sammenheng er begrepet «sosial innovasjon» introdusert (Willumsen & Ødegård, 2015). Disse innovasjonene anses å kunne medføre nye løsninger på sosiale behov og fører til nye eller forbedrede tjenester og bruk av allerede eksisterende ressurser (Totcheva et al., 2019). Totcheva et al. (2019) fant at de tre viktigste faktorene for å fremme sosial innovasjon var forandringsvilje, medarbeiderinvolvering og læring.

SSB (Foyn, 2011) viser til at innovasjonsbegrepet er uklart. Det begrunnes med at terskelen virker å være lav for hva lederne rapporterer som innovasjonsaktiviteter, som i andre sektorer ikke regnes som innovasjon (Foyn, 2011). SSB argumenterer for at innovasjonsbegrepet brukt i undersøkelsen, må strammes inn. De anfører at mange organisasjoner sannsynligvis ikke har meldt inn nye tjenester, men rapportert forbedringer (Foyn, 2011).

Det finnes ulike måter å dele inn innovasjoner på. En måte kan være å se på hvor stor nyhetsverdi innovasjonen har, mens en annen måte er å dele inn innovasjoner etter kategori eller type. Vi skal se nærmere på det i de neste avsnittene.

2.1.2 Bricolage, inkrementelle og radikale innovasjoner.

Det er ulike grader av nyhet i innovasjoner. Det spenner helt fra endringer i det enkelte møte mellom tjenesteyter og -tjenestemottaker (bricolage), til små endringer på varer og tjenester (inkrementell) og til slutt i form av banebrytende endringer som helt forandrer måten vi tenker og bruker en vare eller tjeneste på (radikal) (Fuglsang & Sørensen, 2011; Tidd & Bessant, 2009).

Inkrementelle innovasjoner er det mest vanlige (Tidd & Bessant, 2009). De fleste innovasjoner er inkrementelle, og det anslås at 90-94 % av alle innovasjoner er å gjøre det vi gjør, bare bedre (Koch & Hauknes, 2005; Tidd & Bessant, 2009). Studier av inkrementelle prosesser gjort over tid, viser at de kumulative gevinstene i effektivitet er større enn de gevinstene som kommer av sporadiske radikale innovasjoner (Tidd & Bessant, 2009). Willumsen og Ødegård (2015) mener at inkrementelle innovasjoner kjennetegnes av at man bruker det man har til noe nytt. Det kan være gunstig med inkrementelle innovasjoner hvor små skritt over tid gir store endringer, og særlig viktig er dette når tiltakene angår mange

personer. Ved å ta små skritt er det mulig å justere for ikke-intenderte negative konsekvenser av det som er satt i gang (Willumsen & Ødegård, 2015).

Mesteparten av tiden skjer innovasjonen innenfor kjente rammer og «spilleregler». Men innimellom skjer det likevel ting som åpner opp helt nye muligheter og utfordrer de eksisterende aktører til å endre på det de gjør sett i lys av disse nye forholdene (Tidd & Bessant, 2009). Slike endringer kan komme gjennom tilgjengeligheten på ny teknologi, eller det kan komme som følge av et helt nytt marked med nye karakteristika og forventninger. Det kan også komme gjennom nye rammer i en sektor, endringer i en businessmodell og med det «endring av reglene» (Tidd & Bessant, 2009). Samhandlingsreformen er et eksempel på radikale reformer som omfatter kommunehelsetjenesten (Willumsen & Ødegård, 2015).

Ofte er det lettere å se slike formaliserte, tiltenkte og radikale endringer som innovasjoner enn de innovasjoner som skjer gjennom dag-til-dag-tilpasning og -forbedringer. Begge prosessene fører likevel til at tjenestene endres på en reproducerbar måte og blir implementert (Bloch & Bugge, 2013). Mange av de som har direkte kontakt med brukeren, tilpasser situasjonen for at brukeren skal få en bedre opplevelse (Willumsen & Ødegård, 2015). Ved å bruke de ressursene som er tilgjengelig, kan tiltakene lett gå under radaren for å bli sett på som innovasjoner. «Bricolage» (Fuglsang & Sørensen, 2011) er et begrep brukt for å beskrive slike innovasjoner i liten skala. «Bricolage» kan også skape store endringer ved å løse en utfordring på stedet med de ressursene en har for hånden, hvor brukeren kan ha et behov og tjenesteyteren med sin kompetanse tolker dette behovet i en bestemt retning (Fuglsang, 2010; Willumsen & Ødegård, 2015). Dette utfordrer dermed en av hovedkonklusjonene i SSBs nevnte rapport om innovasjon i offentlig sektor, om at kommunene i for stor grad meldte inn endringer og ikke innovasjoner (Foyn, 2011).

2.1.3 Typer innovasjon

Innovasjoner kan også deles inn ut fra hva slags type innovasjon det er. I denne oppgaven har vi valgt inndelingen brukt i SSBs rapport (Foyn, 2011): Produktinnovasjon, prosessinnovasjon, organisasjonsinnovasjon og kommunikasjonsinnovasjon.

Produktinnovasjon er introduksjonen av en tjeneste eller vare som er ny eller betydelig forbedret sammenlignet med eksisterende tjeneste eller vare i organisasjonen. Dette inkluderer betydelig forbedring i tjenesten eller varens karakteristika, i kundens tilgang til denne, eller hvordan det blir brukt (Bloch & Bugge, 2013; Foyn, 2011). Innovasjon i nye tjenester har samtidig en del kjennetegn som avviker fra produktinnovasjon i den grad tjenester ikke kan

lagres, og kvaliteten er avhengig av relasjonen mellom den som yter tjenesten og brukeren. Samtidig er tjenesteinnovasjoner utviklet et sted, lettere og billigere å tilpasse til et annet sted. Dette gir særlig potensiale i offentlig sektor til å spre løsningen (Willumsen & Ødegård, 2015).

En prosessinnovasjon blir sett på som en implementering av en metode for framstilling og levering av tjenester og varer som er ny eller betydelig forbedret sammenlignet med eksisterende prosesser i organisasjonen. Dette kan være betydelig forbedring i for eksempel utstyr og/eller evner. Dette inkluderer betydelig forbedring i støttefunksjoner som IT, regnskap og innkjøp (Bloch & Bugge, 2013; Bugge & Skålholt, 2013; Foyn, 2011). Elektroniske journalsystemer og selvbetjeningsordninger for personalplanlegging og lønns slipper er eksempler på prosessinnovasjoner (Bloch & Bugge, 2013). Prosessinnovasjoner gjøres oftere, sammenlignet med andre innovasjoner, i samarbeid med andre. Spesielt er samarbeidet med eksterne foretak mer omfattende her (Bugge & Skålholt, 2013).

Organisasjonsinnovasjoner er implementeringen av nye metoder for å organisere eller lede arbeid som skiller seg vesentlig fra eksisterende metoder i organisasjonen. Dette inkluderer nye metoder for organisering av arbeidsansvar og beslutninger. I denne kategorien finner vi også innføring av nye ledelsesformer, nye metoder for eksterne relasjoner og nye systemer for innhenting av kunnskap i innovasjonsøyemed (Bloch & Bugge, 2013; Foyn, 2011). Andre eksempler her kan være å sikre tverrfaglig samarbeid for å gi et bedre tilbud til brukeren gjennom å opprette ett sted for å sende henvendelser til tjenesten.

Kommunikasjonsinnovasjoner er implementeringen av nye metoder for å promotere organisasjonen eller dens tjenester og varer, eller nye metoder for å påvirke atferden til individer eller organisasjoner. Det kan også være å introdusere varer eller tjenester til det kommersielle markedet (Bloch & Bugge, 2013; Foyn, 2011). Disse må skille seg vesentlig fra eksisterende kommunikasjonsmetoder i organisasjonen (Foyn, 2011). Da det offentlige tok i bruk SMS for å nå ut til innbyggerne med informasjon, var det et godt eksempel på en kommunikasjonsinnovasjon (Bloch & Bugge, 2013).

2.1.4 Hvem påvirker til innovasjon i offentlig sektor?

I offentlig sektor finnes mange kilder til innovasjon. Leverandører gjennom ideer om innovative offentlige anskaffelser, FoU-miljøer, interesseorganisasjoner, tankesmier og andre lobbygrupper er gjerne kilder til innovasjon. Likevel er det mest interessant med kunder,

medarbeidere og eierrepresentanter, fordi disse kildene reiser noen problemstillinger som gjør rollen deres annerledes i offentlig sektor enn i privat (Foyn, 2011; Willumsen & Ødegård, 2015). I offentlig sektor er gjerne rollen til kunden todelt; brukeren (den som mottar tjenesten) og betaleren (skattebetaleren). Betalerne kan gi noe press for å sikre at tjenestene skal være så kostnadseffektive som mulig, men de fleste som betaler skatt bruker bare en liten del av tjenestetilbudet i det offentlige og har dermed ikke noen erfaring med hvordan produktet er eller fungerer. Da har de ikke samme mulighet til å fylle funksjonen til kunden i privat sektor (Willumsen & Ødegård, 2015). Brukeren er derfor en bedre kilde til innovasjon. Samtidig ønsker brukeren en annen type innovasjon enn betaleren. Brukeren ønsker innovasjoner som gjør tjenestene bedre, mens betaleren ønsker innovasjoner som gjør tjenestene billigere. De fleste ser seg som bruker, og ikke betaler, i møte med offentlige velferdstjenester. Presset for innovasjon kommer derfor ofte av private interesser heller enn kollektive interesser (Willumsen & Ødegård, 2015). Et tredje perspektiv er at alle brukere og betalere også deltar i utformingen av politikk gjennom rollen som borger med stemmerett. På den måten er den enkelte av oss også medeiere av virksomhetene i offentlig sektor, med mulighet til å være delaktig i beslutningsprosesser og bestemme hvordan tjenestene utformes (Willumsen & Ødegård, 2015).

Medarbeiderdrevet innovasjon er blitt et begrep som peker på noen fortrinn som det norske arbeidslivet har i forhold til land hvor makten er tydeligere fordelt mellom ansatte og leder (Willumsen & Ødegård, 2015). Dette begrepet viser til en aktiv involvering av ansatte i innovasjonsprosessen. Det forutsetter en kultur hvor medarbeiderne tør komme med forslag til forbedringer, og hvor forslag fra lavere nivåer i organisasjoner blir hørt og tas på alvor (Willumsen & Ødegård, 2015). Ansatte i offentlig sektor er styrt av politiske beslutninger gjort i demokratiske organer. Teorien problematiserer derfor i hvilken grad medarbeiderne har handlingsrom til å foreslå og gjennomføre endringer uten at disse kommer i konflikt med sentrale prinsipper for demokrati. De som jobber i offentlig sektor, har gjerne høyt utdanningsnivå og stor fagkunnskap og kjenner hvor skoen trykker. Utgangspunktet for gode innovasjoner skulle derfor være gode, men dette kan utfordres gjennom de demokratiske kanalene beslutningene må gjennom for å kunne iverksette tiltak (Willumsen & Ødegård, 2015).

Partier og politikere fungerer på en annen måte enn bedriftseiere og -styrer i privat sektor som kilde til innovasjon. Med jevne mellomrom opplever offentlig sektor at ledelsen utsettes for åpen og offentlig konkurranse gjennom valg. Politiske partier og enkeltpolitikere kan derfor

bli bedre kilder til innovasjon enn bedriftseiere er, gjennom at de hele tiden vil komme med nye ideer for enten å få ta over makten, eller for fortsatt forbedre løsninger og beholde makten videre (Willumsen & Ødegård, 2015). En utfordring kan være at politikken blir for innovativ. Et nyvalgt kommunestyre vil gjerne iverksette mest mulig av egen politikk og heller nedprioritere områder som var viktige for det gamle kommunestyret. Kommunestyret gir kommunedirektør og administrasjonen makt og myndighet til å lede kommunen i deres sted i det daglige (Willumsen & Ødegård, 2015). Vi ønsker derfor å se litt mer spesifikt på lederne i det neste kapitlet.

2.1.5 Lederes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til Gary Yukl sin definisjon på ledelse når de skriver at *«ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd»* (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 416). Ledelse utøves i ulike nivåer og lederroller. Toppleder er den øverste lederen i virksomheten. Lederrollen og hvilket nivå ledelse utøves på, legger føringer for lederens funksjon og hvilken påvirkning vedkommende har i organisasjonen. Flere forfattere framhever ledelsens betydning for innovasjon (Gjelsvik, 2007; Willumsen & Ødegård, 2015). Et hvert ledernivå i offentlig sektor kan utøve innovasjonsledelse. Det er særlig fire roller som i stor grad samsvarer med lederrollene i de fleste kommuner (Willumsen & Ødegård, 2015):

1. Politikeren. Her utformes visjoner som krever innovasjoner.
2. Topplederen. Dette er gjerne kommunedirektøren i en kommune, som utformer og implementerer innovasjonsstrategier
3. Mellomlederen. Her skapes rom for innovasjon i dialog med enhetslederne og innovasjonsterminologi anvendes.
4. Enhetslederen. Skaper kompetansemangfold gjennom sin rekruttering og utvikling av kompetanse og oppmuntrer til nytenkning og eksperimentering.

Totcheva et al. (2019) gjorde en kunnskapsstatus for innovasjon i sykehjem og fant litteratur som viser at ledelse er en sentral faktor for innovasjon, at manglende kunnskaper og ferdigheter var den største barrieren mot innovasjon og at menneskelige ressurser og kunnskapsledelse hadde betydning for å styrke innovative kulturer. Rosemond, Hanson og Schenck (2010) identifiserte viktigheten av at ansatte, pasienter og pårørende må bli inkludert.

2.1.6 Lederen som rollemodell

I en norsk studie fant forskerne at ledere bør være aktive rollemodeller, med en klar visjon, og involvere helsepersonellet i utviklingsprosessen (Rokstad, Vatne, Engedal & Selbaek, 2015). Eines og Vatne (2018) anbefaler at ledere må være synlig og delaktig i samarbeid med frivillige og helsepersonell gjennom hele innovasjonsprosessen. Dersom de ikke deltok eller engasjerte seg viste det seg å bli vanskelig å implementere innovasjonen.

Mellomlederen har gjerne en avgjørende rolle for at en idé kommer forbi idéstadiet. (Gjelsvik, 2007). Kommunikasjons- og brobyggingen mellom toppledelsen og ansatte i feltet ligger til mellomlederrollen. Ansatte som jobber tettest på brukerne har gjerne den beste oversikten og kunnskapen om hvordan det faktisk er i arbeidshverdagen og kan komme opp med ideer for å forbedre og effektivisere arbeidsprosessene. Mellomlederen kan ta i bruk og utforske disse ideene og finne praktiske og uformelle løsninger i innovasjonsarbeidet. Et eksempel på en uformell løsning, er at mellomlederen skaffer ressurser som rent formelt ikke er planlagt inn i budsjettet (Gjelsvik, 2007). Et annet perspektiv er at mellomledere sitter i den posisjonen at de har som oppgave å forsøke å forutse nye oppgaver som følge av samfunnsendringer, og tilpasse organisasjonen til dette (Tyrholm, Kvangarsnes & Bergem, 2015).

Åmo (2015) har gjort en studie om innovasjonsatferd blant sjefer, mellomledere og arbeidere i offentlig og privat sektor som viser at offentlige og private organisasjoner har like stort fokus på kostnadsbesparelser og at ansatte bidrar like mye til det i begge sektorene. Denne studien viser at de som er mest opptatt av innovasjon, er sjefer. Deretter kommer mellomledere. Mellomledere er igjen mer opptatt av innovasjon enn arbeiderne. Denne studien viser i tillegg at mellomledere i offentlig sektor, skiller seg ut i forbindelse med arbeidet med å engasjere seg i forhold som kan føre til at kostnader reduseres. (Borins, 2002; Morris & Jones, 1999; Åmo, 2015, s. 58).

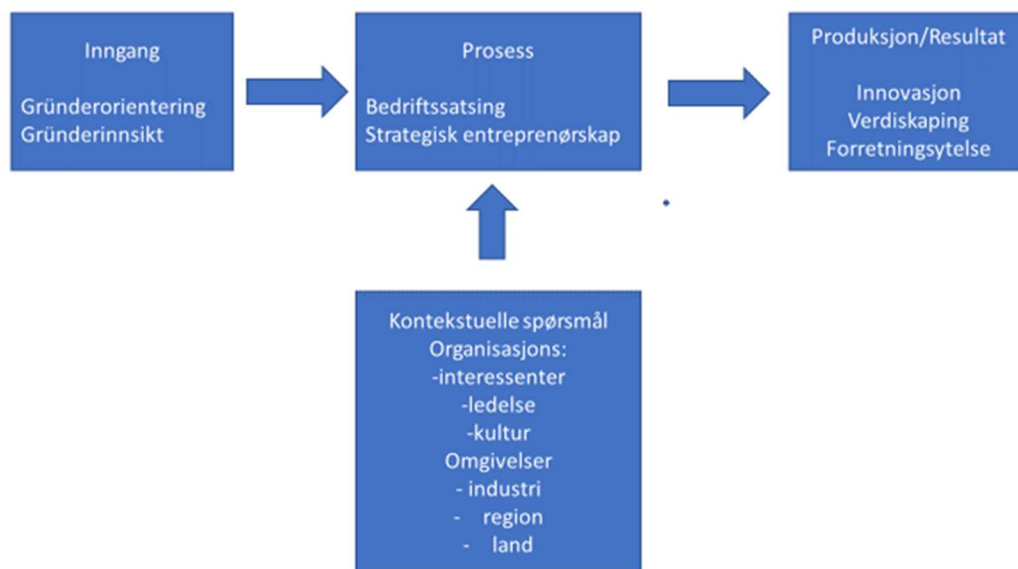
2.2 Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap)

Corporate Entrepreneurship er entreprenørskap innen etablerte organisasjoner (Åmo & Kolvereid, 2016). Det forkortes til CE og på norsk kan det oversettes til bedriftsinternt entreprenørskap. I CE er det søkelys på å anerkjenne mulighetene. Det er en prosess med fokus på å søke og oppdage nye muligheter med mål om innovasjon, forretningsytelse og verdiskaping (Åmo & Kolvereid, 2016). Corporate Entrepreneurship defineres som

“the process whereby an individual or a group of individuals, in association with an existing organization, create an organization or instigate renewal or innovation within that organization” (Sharma & Chrisman, 1999, s. 18).

CE som prosess består av to forhold: bedriftssatsing og strategisk entreprenørskap (Åmo & Kolvereid, 2016). I denne oppgaven vil vi gå i dybden på strategisk entreprenørskap. I strategisk entreprenørskap er det søkelys på egenutvikling av eksisterende bedrift, og vi ser nærmere på underkategorien Organizational rejuvenation (Covin & Miles, 1999). Organizational rejuvenation (organisatorisk foryngelse) er en aktuell kategori for vår forskning innenfor strategisk entreprenørskap fordi den kjennetegnes av inkrementelle innovasjoner. Denne formen baseres på en kostnadslederstrategi (Porter & Kolstad, 1992), hvor det i vårt tilfelle handler om at ledere i kommunehelsetjenesten har som oppgave å levere helsetjenester til befolkningen til en billigst mulig pris (Erichsen et al., 2018). Typisk for en kostnadslederstrategi, er at det handler om å gjøre små endringer innenfor sitt ansvarsområde. Det er en internt rettet innovasjon. De ansatte kan oppdage problemer først, og videre løse dem innenfor sitt eget ansvarsområde. I Organizational rejuvenation (organisatorisk foryngelse) er det ofte endringer av rutiner i verdikjeden (Dess et al., 2003). Slike endringer kan ha stor betydning for organisasjonen. I tillegg kan mindre rutineforbedringer og små forbedringer initiert av enkeltpersoner, ha stor effekt (Kanter, 1984 i; Åmo & Kolvereid, 2016). Innenfor denne formen for strategisk entreprenørskap, er det et produksjons- og prosessfokus. Innovasjon kan enten være initiert av de ansatte eller av ledelsen. Det er ikke i offentlig sektor aktuelt å kreere en ny bedrift, slik som lettere kan gjøres i det private, men det dreier seg heller om å gjøre inkrementelle innovasjoner.

Åmo og Kolvereid (2016) sin modell under (figur 1) illustrerer at CE-initiativ omhandler både ulike former for strategisk entreprenørskap og bedriftssatsing. Målet med prosessen er innovasjon, verdiskaping og forretningsytelse. I CE-prosessen er det i tillegg en rekke kontekstuelle spørsmål. Organisasjonen må hensynta ulike muligheter og ta stilling til hvem av dem som skal følges opp. Denne oppgaven vil hovedsakelig sette søkelyset på ruten «prosess», for å gå i dybden på strategisk entreprenørskap. De menneskelige ressursene i organisasjonene er gjennomgående et vesentlig element i CE-prosessen. Det å utnytte muligheter for å styrke og fornye organisasjonen, gjøres gjennom innovasjon. Selve prosessen utløses ved at muligheter oppdages og skapes (Åmo & Kolvereid, 2016).



Figur 1 Corporate Entrepreneurship-modell (Åmo & Kolvereid, 2016, s. 260)

Mellomlederens rolle er å iverksette, tilrettelegge og systematisere innovasjonsprosesser i organisasjonen. Mellomlederen er den viktigste bidragsyteren til CE (Åmo & Kolvereid, 2016). Leder kan tilrettelegge for et arbeidsmiljø som er gunstig for innovasjon og entreprenørskap (Kuratko et al., 2014). CE er avhengig av ressurser og den menneskelige kapitalen står sentralt blant disse. I tillegg til de menneskelige ressursene, dreier det seg om økonomiske ressurser og driftsressurser. Ansatte har en verdifull kompetanse fra utdanning, opplæring, men kanskje mest en arbeidserfaring som kan bidra til nye ideer.

Forskning på bedriftsentreprenørvirksomhet viser at det er identifisert fem spesifikke dimensjoner for å fremme og støtte et miljø som bidrar til gründeratferd. (Hornsby, Kuratko, Shepherd & Bott, 2009; Kuratko, Ireland & Hornsby, 2001; Kuratko, Montagno & Hornsby, 1990). Disse fem dimensjonene er; topplederstøtte, selvbestemmelse i jobben, belønning, ressurser å spille på og informasjonsflyt internt og eksternt i organisasjonen (Kuratko et al., 2014). Ifølge teorien, er disse kategoriene avgjørende for å få til engasjement rundt og for bedriftsfornyning.

2.2.1 CE-modellens fem dimensjoner

Den første dimensjonen i CE, *topplederstøtte*, handler om at toppleder støtter, tilrettelegger og fremmer nytenkning. At toppleder er pådriver for innovative ideer og legger til rette for de ressursene som trengs for å følge opp gründeraktiviteter. Det å ha topplederstøtte i virksomheten har vist seg å ha stor betydning for virksomhetens innovasjonsresultat positivt sett (Kuratko et al., 2014; Willumsen & Ødegård, 2015). I tillegg til topplederstøtte, viser forskning at alle ledernivåene har betydning for å tilrettelegge for bedriftsentreprenørskap

(Kuratko et al., 2014, s. 39). Topplederen har det øverste administrative ansvaret i organisasjonen og dette topplederansvaret kan enten innehas av en gruppe eller en enkeltperson (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Eksempelvis kjenner vi igjen dette fra kommuner som har kommunedirektøren og kommunalsjefer.

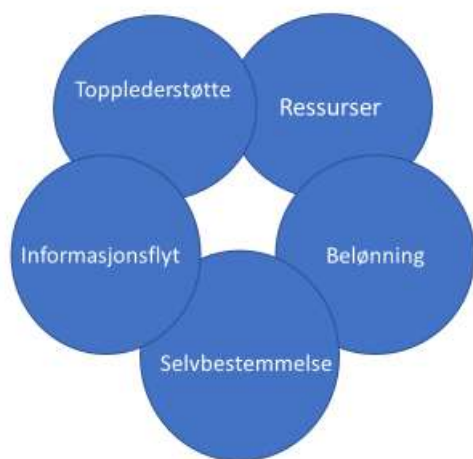
Den andre dimensjonen er *selvbestemmelse* i jobben. Det at myndighet og ansvar delegeres, styrker mulighetene for nytenkning fordi selvbestemmelse i jobben er en positiv faktor i innovasjonssammenheng. I hvor stor grad virksomhetene oppgir at de tåler fiasko, kommer også innunder denne kategorien (Kuratko et al., 2014).

Den tredje dimensjonen er *belønning* og da dreier det seg om hvordan virksomheten belønner gründeraktivitet. Like fullt handler det om belønningssystemer som oppmuntrer til risikotaking. På hvilken måte blir innovasjon belønnet i virksomheten? Hva skjer med de dårlige ideene? En rekke studier viser at ressurstilgjengelighet og belønning er en sentral del i forbindelse med bedriftsinternt entreprenørskap for mellomledere og førstelinjeledere (Kuratko et al., 2014, s. 39). Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at helsearbeidere blir mest motivert når de ser at endringer/innovasjoner fører til at de leverer en bedre tjeneste til pasienten.

Den fjerde dimensjonen er *ressurser*. Dette handler om tilgjengelig tid individuelt sett og for grupper til nytenkning og innovasjon. Det at virksomheten legger til rette for «organisasjonsslakke» er positivt for innovasjonsarbeidet. Forskning viser at en viktig ressurs i dette, er at ledere har tilgjengelig tid til å følge opp ideer og gründeraktivitet. (Kuratko et al., 2014).

Den femte og siste dimensjonen er *informasjonsflyt* internt og eksternt i organisasjonen. Det at virksomheten oppmuntrer til innovativ atferd på tvers i organisasjonen styrker innovasjonsevnen. Det er imidlertid en klar fordel at innovasjoner behandles på en strukturert måte og i en målrettet prosess i organisasjonen for å unngå usikkerhet (Kuratko et al., 2014, s. 39).

På bakgrunn av denne teorien har vi utledet figur 2:



Figur 2 CE-modellens fem dimensjoner, utledet fra Kuratko et al. (2014, s. 39)

3 Metode

Vi skal nå gjennomgå og begrunne de metodiske valg vi har gjort i denne masteroppgaven. I metodekapitlet vårt skal vi først ha en gjennomgang av kvalitative og kvantitative metoder, før vi går nærmere inn på metodevalget vårt. Vi skal videre redegjøre for fremgangsmåten for innsamlingen av data for undersøkelsen og hvordan vi har behandlet og analysert dataen. Deretter beskriver vi sterke og svake sider ved metodevalget og datamaterialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhet før vi presenterer tre caser vi har brukt. Vi gjentar problemstillingen vår; *Hvordan jobber sykepleierledere med innovasjon i kommunehelsetjenesten?*

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

I litteraturen skilles det hovedsakelig mellom kvantitativ og kvalitativ metode for innsamling av data. Det prinsipielle skillet mellom kvantitativ og kvalitativ metode handler om hvordan data registreres og analyseres. I en kvantitativ tilnærming samles det inn og registreres data i form av tall, og tilnærmingen kjennetegnes av statiske og formaliserte prosedyrer for datainnsamling og analyse av data. I en kvalitativ metode gjennomføres datainnsamlingen og analysen via tekster, lyd og bilde (Dalland, 2012; Johannessen et al., 2011). Å benytte intervjuer for innsamling av data, er et typisk eksempel på datainnsamling i en kvalitativ metode. En kvantitativ tilnærming har som regel mange svar, en kan gå i bredden, få fram det som er felles og gir mønster i besvarelsene, i motsetning til i en kvalitativ tilnærming hvor det er mulig å få fram det særegne og en kan gå i dybden (Dalland, 2012).

En tredje måte å skaffe seg data på, er å benytte seg både av kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Denne tilnærmingen blir kalt «Mixed methods research» eller metodetriangulering. Denne metodiske tilnærmingen innebærer at man benytter seg av flere metodiske måter for datainnsamling (Creswell & Creswell, 2018; Johannessen et al., 2011).

3.2 Metodevalg og datainnsamling

Vi skal nå beskrive vårt metodevalg, vår forskningsstrategi og design for denne masteroppgaven. Design i denne sammenhengen handler om hvordan en konkret undersøkelse skal utformes (Johannessen et al., 2011; Ringdal, 2013).

Siden denne masteroppgaven skrives over et skoleår og er avslutningen av et masterstudium, har vi begrenset med tid og ressurser. Det umuliggjør å velge et design som går over lang tid,

og er et av argumentene for metodevalget vårt fordi datainnsamlingen gjøres over et kortere tidsvindu (Johannessen et al., 2011).

Vi utarbeidet en problemstilling og vurderte hva slags data vi ønsket å samle inn, hvordan vi skulle gjøre det, hvem vi skulle ha med i utvalget vårt og hvilken tidshorisont studien skulle ha. Vi som forskere har ikke et åpent sinn i det vi skal forske på, men det er viktig at vi søker å stille med et så åpent sinn som mulig. Derfor har vi ikke en altfor konkret og lukket problemstilling, men er heller spørrende og undrende om fenomenet "innovasjon". Vi ønsker å finne svar på hvordan sykepleierledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. Johannessen et al. (2011) mener at det først og fremst er problemstillingen som bør være avgjørende for metodevalget. Ut fra vår problemstilling finner vi det naturlig å velge et kvalitativt design. Innovasjon er på mange måter et komplekst tema, og vi fant det mer hensiktsmessig med en kvalitativ tilnærming med dype funn, framfor å lete etter mønster og bredde som kvantitative metoder blant annet kjennetegnes ved.

Vi avgrenset først begrepet innovasjon i problemstillingen til å dreie seg om myk innovasjon, dvs. innovasjon som endrer måten vi gjør ting på eller nye måter å gjøre ting på (Erichsen et al., 2018, s. 324). Vi så etter hvert at det var bedre å ta bort ordet myk, og heller forske på hele innovasjonsbegrepet. Ifølge Johannessen et al. (2011) finnes det en rekke kvalitative forskningsdesigner. Fenomenologi, etnografi, Grounded theory og casedesign er noen av dem. Ut fra litteraturen finner vi det vanskelig å velge etnografi og Grounded theory som metode. Fenomenologi er en deduktiv metode, hvor vi som forskere tar utgangspunkt i eksisterende teori og går ut til informanter for å samle data gjennom strukturerte eller semistrukturerte intervjuer. Teorien testes ut ved å se om empirien bekrefter teorien (Johannessen et al., 2011). I casedesign studeres noen få tilfeller inngående. Caseundersøkelser kjennetegnes av fem komponenter ved gjennomføring (Johannessen et al., 2011, s. 90-91). Disse fem komponentene er:

1. problemstilling
2. teoretiske antakelser
3. analyseenheter
4. den logiske sammenhengen mellom data og antakelsene
5. kriterier for å tolke funnene

Vi valgte å hente mest inspirasjon fra fenomenologi og casedesign i vårt forskningsdesign fordi vi hadde en teoretisk ramme å jobbe ut ifra. Vi fant også inspirasjon i å jobbe ut ifra de

fem overnevnte komponentene i en caseundersøkelse. Vi søker å forstå og analysere meningsinnholdet i datamaterialet med utgangspunkt i teorien (Johannessen et al., 2011). Målet er at vi skal kunne abstrahere meningsinnholdet og sammenfatte dette (Johannessen et al., 2011). For å gjøre det lettere for informantene og oss selv, valgte vi å belyse innovasjoner med et eksempel/case hos hver av informantene. Se presentasjon av case i kapittel 3.11.

Observasjoner av menneskers aktiviteter og atferd, samhandling og handlinger kan benyttes for datainnsamling i et kvalitativt design (Johannessen et al., 2011). Observasjon er imidlertid ofte tids- og ressurskrevende sammenlignet med kvalitative intervjuer. Fordelen med intervjuer er at metoden er fleksibel og at det er mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser (Johannessen et al., 2011).

3.3 Kvalitative intervjuer

Vi valgte å gjennomføre kvalitative intervjuer av hensyn til tilgjengelig tid og ressurser, men også fordi vi tror at det kan gi oss den beste dataen for å kunne besvare problemstillingen. Et annet argument for å velge intervjuer framfor observasjoner, er at informantene ikke sikkert ville ha oppført seg som vanlig dersom vi skulle observert dem i arbeidssammenheng. Vi ønsket å gi informantene muligheten til å uttrykke seg fritt til temaet gjennom et kvalitativt intervju for å få frem mest mulig av deres erfaringer. Avhengig av hvordan informantene svarte, supplerte vi med oppfølgingsspørsmål. Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide på forhånd og brukte dette som utgangspunkt i intervjuene. Spørsmålene våre kunne dermed vokse frem eller utvikles i løpet av forskningsprosessen. Intervjuguiden utviklet seg etter hvert intervju, i tillegg til at vi fikk innspill fra veilederen vår underveis. Vi var oppmerksomme på hvilke ord vi brukte i intervjuene for å sikre forståelse av begrepene i problemstillingen, og tilpasset språket vårt ut fra det.

I tillegg til problemstillingen, har vi utarbeidet tre forskningsspørsmål til oppgaven vår. Forskningsspørsmålene våre går både på leders kompetanse, hva som anses som innovasjon i kommunehelsetjenesten og hvordan organisasjonen er rigget for å sikre at nye og nyttige ideer blir nyttiggjort. Her ser vi særlig etter likhetstrekk med et fenomen kalt Corporate Entrepreneurship – bedriftsinternt entreprenørskap (Kuratko, Hornsby & Hayton, 2015; Kuratko et al., 2014).

Vi ønsket å finne svar på hvordan sykepleierlederne jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten og da med spesielt fokus på mellomlederrollen. Vi la til rette for å gjennomføre intervju med våre informanter på et sted som passet for dem. Alle intervjuene

ble gjennomført på et møterom på arbeidsplassen deres. Det ble satt av en time til hvert intervju. Til sammen ble det gjennomført 3 intervjuer. I tillegg til intervjuene fikk informantene tilsendt oppfølgingsspørsmål per e-post 14.04.20. Vi spurte dem da om hvordan de hadde håndtert den krevende koronasituasjonen som oppsto i Norge i mars 2020. Videre stilte vi dem spørsmål om hvilke tilpasninger de hadde gjort og hva de så for seg av permanente endringer i tjenestene når de nasjonale restriksjonene blir trukket tilbake. Svarene deres på oppfølgingsspørsmålene endrer ikke på prosessen vår og vil av den grunn ikke bli inkludert i denne rapporten. Det vi fant, er at det foregår mye innovasjonsarbeid og at forskjellen fra da vi spurte dem sist, er at innovasjonsarbeidet foregår mye raskere.

3.4 Valg av informanter (inkludering og eksklusjon)

Utvalget av informanter baserte seg på de avgrensningene vi gjorde når det gjelder næring og rollen i arbeidslivet vi skulle forske på. Gjennom vår forhåndskjennskap til feltet, hadde vi i utgangspunktet gjort et utvalg hvor hovedkriteriet var én stor og én liten kommunehelsetjeneste. I tillegg ønsket vi å inkludere én kommune med utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie, og én kommune uten. Dette har vi imidlertid endret på. Vi avgrenset til å forske på virksomhetsledere, de som har en toppleder (kommunalsjef) over seg og enhetsledere under seg. Vi måtte av den grunn utelukke noen, særlig mindre kommuner de ikke har en slik inndeling i lederstrukturen. Vi kontaktet og inviterte en virksomhetsleder i nettverket vårt direkte, en via bekjentskap og ellers kom vi i kontakt med en kommunalsjef i helsetjenesten via et kurs og spurte om de hadde en sykepleierutdannet virksomhetsleder. Vi endte opp med tre forholdsvis like kommuner når det gjelder størrelse. I tillegg avgrenset vi geografisk. Denne avgrensningen førte oss til tre aktuelle og relevante informanter fra kommunehelsetjenesten. Informantene befant seg hierarkisk på virksomhetsledernivå og var alle sykepleierutdannet selv. De tre vi intervjuet, var alle kvinner. Deltakelsen i prosjektet var frivillig, og det var fullt mulig for informantene å trekke seg underveis.

3.5 Tidshorisont

Vi gjennomførte intervjuer over et kortere tidsrom og studien har en tidshorisont tilsvarende et tverrsnitt av tidsforløpet. En tverrsnittstudie gir et øyeblikksbilde av tidsforløpet i studien i motsetning til i en longitudinell studie hvor datainnsamlingen gjøres over en lengre tidshorisont (Johannessen et al., 2011).

3.6 Behandling av data

Hvordan behandlingen av innsamlet data foregår, er viktig for kvaliteten på forskningen. Vi søkte og fikk godkjent forskningsprosjektet til NSD – Norsk senter for forskningsdata- på forhånd. Vi ville begrense mengden innsamlede personopplysninger til det som er nødvendig for å realisere innsamlingsmålet. Navn, kontaktinformasjon til informanter og ellers den dataen som ble skapt i intervjuene ble lagret.

Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv om forskningen per e-post og signerte på et samtykkeskjema før vi gikk i gang med intervjuene. Det var fra vår side ønskelig å få tatt lydopptak under intervjuet, i tillegg til skriftlige notater. Intervjuene ble transkribert i etterkant. Transkribering kan forklares som å overføre tale ordrett fra lydfiler til tekst (Dalland, 2012; Johannessen et al., 2011). For å sikre pålitelighet i svarene, oversendte vi de transkriberte intervjuene til informantene i etterkant. På den måten fikk de anledning til å lese korrektur og om ønskelig fjerne, endre eller legge til mer tekst knyttet til spørsmålene vi stilte dem. Dette gjorde vi for å sikre at informasjonen vi innhentet var korrekt. Både lydopptakene, alle notater og transkripsjonene vil bli slettet etter ferdigstilling av oppgaven. Vi har dessuten valgt å anonymisere både intervjuobjektene og kommunene vi forsket i.

3.7 Analyse av data

Etter at datainnsamlingen var gjennomført, ble dataene analysert. Analyse av kvalitativ data går i stor grad ut på å bearbeide tekst (Johannessen et al., 2011). Vi benyttet oss av tekstanalyseprogrammet NVIVO og brukte det som verktøy da vi organiserte dataene våre fra intervjuene. De transkriberte intervjuene ble lastet opp i NVIVO hvor vi videre delte inn tekst og sitater fra transkripsjonene i ulike kategorier. Vi kategoriserte med utgangspunkt i teori, problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. I forbindelse med denne kategoriseringen, delte vi inn i hovedkategorier og underkategorier. Vi hadde 10 hovedkategorier og til sammen 86 underkategorier. Tekstanalyseprogrammet NVIVO hjalp oss med å holde styr på forskningsdataen og kategoriene våre, men selve kategoriseringen og jobben med analyseringen gjorde vi selv. Mange av funnene våre passer inn med Kuratko et al. (2014) sin CE-modell, men ikke alt. I tillegg ser vi at noen av funnene passer inn i flere av dimensjonene til CE. Analysearbeidet hjalp oss til å se sammenhenger i funnene våre. Analysene ble gjort for hvert intervju før vi til slutt gjorde en analyse der vi sammenlignet funnene hos alle informantene, så på sammenhenger og fikk et helhetsinntrykk sett opp mot teorien. Vi tok utgangspunkt i utsagnene til informantene, og kategoriserte i ulike bokser. Vi vil først vise et

eksempel på de mest enkle utsagnene, at det gir underkategorien - et resultat hos pasienten - og at utsagnene passer inn under dimensjonen belønning i CE-modellen (Figur 3):

- **Belønning**
 - Resultat hos pasienten
 - Intervju 1:
«Men jeg tror det at de ser at det er til.. positivt for brukeren og for seg selv i tjenesteytinga, det er en motivasjonsfaktor.»
 - Intervju 2:
«Motivasjonen det er å se at.. eh.. det blir bedre, kan bli bedre tjenester, det blir bedre tjenester for pasienten.»
 - Intervju 3:
«Nei, det går jo i stor grad så prøver jeg å ha fokus på tjenestemottakerne. Hvorfor er vi på jobb? Hva er det vi har valgt dette yrket på bakgrunn av?»

Figur 3 Analyse av dimensjonen «belønning» i NVIVO

Så vil vi vise et eksempel hvor vi ble nødt til å utarbeide et nytt konsept, medbestemmelse, for å få noen av de viktige utsagnene til å passe inn (Figur 4): Vi fant at ansattrepresentantene ble trukket fram som viktige i innovasjonsarbeidet. Dermed ble det en underkategori og det igjen ledet oss til det nevnte konseptet medbestemmelse som ble en egen hovedkategori.

- **Medbestemmelse**
 - Ansattrepresentanter
 - Intervju 2:
«Vi har eh.. for det første har vi et godt partssamarbeid.. eh.. avdelingslederne og plasstillitsvalgte og verneombud har.. eh.. møter tett, hver 14. dag. God dialog med, der. Der får vi gode tilbakemeldinger.»
 - Intervju 3:
«I stor grad så prøver vi å bruke de lokale HMS-utvalgene.. eh... delvis litt på en ny måte også, med å bruke de litt utvidet ut mot.. mot drifta, slik at man sikrer representasjon av de ansatte. Der er det jo i stor grad verneombud, og plasstillitsvalgte som sitter. Eh.. som da ofte blir talerøret til de ansatte.»

Figur 4 Analyse av dimensjonen «medbestemmelse» i NVIVO

3.8 Sterke og svake sider ved metodevalget

Sterke sider ved det kvalitative metodevalget, er at vi omgående får anledning til å gå i dybden på svarene til informantene. En utfordring med kvalitativ metode er at det er tidkrevende, og at funnene ikke kan generaliseres slik man kan i en kvantitativ tilnærming. Ellers er en annen ulempe med kvalitativ tilnærming at det er fare for at vi stiller ledende spørsmål i en retning intervjueren ønsker at informantene skal svare. Informanten kan lett bli farget av intervjueren og konteksten vi er i (Johannessen et al., 2011). Forskerens bekledning og ens egen usikkerhet er andre eksempler som kan påvirke informantene og de svarene vi får. At forskeren ikke er interessert i det informanten prater om, eller i motsatt fall er påfallende interessert er også en faktor i så måte. Når vi to skulle intervju informant, var vi særlig oppmerksomme på disse nevnte påvirkningsfaktorene i intervjusammenheng (Johannessen et al., 2011).

En kvalitativ tilnærming er godt egnet for å få et øyeblikksbilde, og det at vi kan gå i dybden gjør det enklere å avdekke feiloppfattelser. I tillegg anser vi det som en styrke med kvalitativ metode i denne oppgaven, fordi formen for datainnsamlingen ikke er standardisert, men mer fleksibel og at den kan justeres underveis (Dalland, 2012).

I en kvalitativ tilnærming er det et jeg-du-forhold. Det kan føre til at vi som forskere kommer for nært informantene og ikke evner å kritisere funnene like godt sammenlignet med om vi hadde valgt en kvantitativ tilnærming hvor det er et jeg - det -forhold til besvarelsene (Dalland, 2012). Vi er imidlertid opptatt av å holde en profesjonell avstand til deltagerne. Med det menes at vi vil opptre profesjonelt i rollen som forsker og i forskningsprosessen som sådan (Johannessen et al., 2011). Vi balanserte nærhet og det å ta et steg tilbake og analysere det vi så.

Tolkning er sentralt i kvalitativ forskning. (Johannessen et al., 2011). Med bakgrunn i vår forforståelse og rolle, vil det dannes et grunnlag for de verdier og valg som gjøres underveis. Dette kan påvirke forskningsprosessen, noe vi må være klar over og opptatt av i forbindelse med vår forskning. Et kvalitativt design stiller i tillegg strenge krav til oss som forskere for å sikre god transparenss ved rapporteringen av våre forskningsresultater.

3.9 Validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet)

Validitet i en kvalitativ undersøkelse handler om gyldigheten til forskerens framgangsmåte og funn. Forskeren skal fremstille virkeligheten og gå god for formålet med studien på en korrekt

måte (Johannessen et al., 2011). Det er viktig at vi som forskere er klar over at vi påvirker intervjuobjektet, bevisst eller ubevisst. Dette kalles på fagspråket for intervju-effekten (Johannessen et al., 2011). Stemmeleie, kroppsspråk og andre forhold kan føre til at informantene vet hvilket svar som forventes. Det igjen kan påvirke troverdigheten i arbeidet vi gjør. Den informasjonen vi får, siles gjennom oss som forskere og vil derfor være subjektiv.

Kognitiv skjevhet er et begrep innenfor validitet. Med det menes at forskeren søker å finne og tolke informasjon slik at det stemmer med egne synspunkter og etablerte meninger. Vi som forskere må være oppmerksomme på dette, fordi det kan gi utslag på validiteten (Johannessen et al., 2011). Vi har vært bevisste på dette på forhånd ved å gå gjennom spørsmålene vi stiller sett oppimot problemstillingen. Vi var oppmerksomme på at vi stilte mest mulig åpne spørsmål og vi omformulerte ledende spørsmål.

Reliabilitet betyr pålitelighet og dreier seg om hvor pålitelige dataene i forskningen er (Johannessen et al., 2011). I en kvantitativ undersøkelse testes denne påliteligheten lett ved å gjennomføre den samme undersøkelsen en gang til. I en kvalitativ undersøkelse er det derimot ikke like enkelt å måle påliteligheten. Det er heller ikke samme krav til det.

Vi jobbet godt i forkant av intervjuene for å sikre pålitelige data. Blant annet definerte vi på forhånd begreper som «sykepleierledere i kommunehelsetjenesten», «jobber med» og «innovasjon» i problemstillingen. Dette gjorde vi for vår egen del slik at vi lettere skal finne svar på det fenomenet vi studerer. I tillegg gjorde vi det for at informantene skulle forstå hva vi spurte om og at vi ville unngå misforståelser. Vi brukte blant annet synonymord under intervjuene. Et eksempel på det var ordet innovasjon hvor vi listet opp flere synonymer for akkurat det begrepet som «nyskaping/nytenkning», «hva gjør dere annerledes nå enn for to år siden». Å beskrive forskningsprosessen på en inngående måte, bidrar til å styrke påliteligheten i dataene våre (Johannessen et al., 2011). Det gjøres ved å gi leseren en åpen og detaljert framstilling under hele datainnsamlingsprosessen vår. Det bidrar til at leseren får tillit til påliteligheten knyttet til hvilke data som brukes, datainnsamlingen og hvordan dataene er bearbeidet.

Observasjonene vi gjorde i hvert intervju, er verdiladet og situasjonsavhengig (Johannessen et al., 2011). Vi som forskere gjør oss egne erfaringer når vi intervjuer og tolker ut ifra det. Siden det er våre erfaringer, kan ikke andre kopiere og tolke funnene på samme måte. Det gjør at vi må være oppmerksomme på og kritiske til egen datainnsamling. Det er viktig å

spørre seg hvor godt vi kan stole på dataene våre. Tilfeldigheter kan påvirke denne påliteligheten. Et eksempel på det, er at spørsmålene vi stiller kan være misforstått eller stilt på en slik måte at informantene ikke forstår dem og videre svarer feil.

Bearbeidningen av data er en viktig del i forskningsprosessen. Påliteligheten kan svekkes hvis det eksempelvis ikke kommer fram motsetningsforhold i det vi legger fram fra dataene våre. At forskeren er forutinntatt og bare leter etter å få bekreftet sin egen konklusjon er uheldig og påvirker påliteligheten og troverdigheten til dataene (Johannessen et al., 2011).

I en kvalitativ undersøkelse skal vi se på hva som er tydelige funn og hva informantene legger vekt på og er viktig for dem. En måte å styrke påliteligheten på, er at vi klarer å vise at vi har sett på alle sider av saken. Intervju som metode kan gi god innsikt i folks opplevelse, og det gir rom for å finne variert og dype data. Det at alt passer, kan imidlertid være et dårlig tegn, som igjen kan svekke påliteligheten i oppgaven. Vi skal derfor tilstrebe å gi et realistisk bilde av inntrykket vårt, hele tiden ha søkelys på definisjonene og begrepene i problemstillingen og vise hvordan vi trekker ut funnene våre (Johannessen et al., 2011).

3.10 Generalisering

Generalisering kan defineres som påstander om at det som gjelder på ett sted eller én tid, også vil gjelde et annet sted eller til en annen tid (Payne & Williams, 2005, s. 296). Et annet ord for generalisering er allmenngjøring. Vår forskning har hverken som ambisjon å være representativ eller generaliserende. Fordi vi gjennomfører en kvalitativ undersøkelse, kan ikke funnene våre generaliseres ut mot verden. Vi har forsket på tre, forholdsvis like store, kommuner og vi har derfor kun tre informanter og det i seg selv er et for snevert antall til at funnene og konklusjonene våre kan generaliseres. Likevel håper vi at forskningen vår er relevant og at vi kanskje kan friste andre til å gjøre samme undersøkelse som oss. Vi har imidlertid et ønske om å komme med noen teoretiske implikasjoner der vi forklarer hvordan en kan forstå fenomenet vi studerer annerledes enn før.

3.11 Presentasjon av case

Vi tok utgangspunkt i ulike case/eksempler hos hver av informantene for å belyse spørsmålene våre i intervjuene. Disse eksemplene presenterer vi her.

Den ene informanten viste til at de i den kommunale hjemmesykepleien benytter trening på en Lærdal Anne-dukke i opplæringsøyemed. Dette ble trukket fram som en innovasjon hos dem. I stedet for å trene på den syke brukeren eller pasienten i hjemmet, trener de på dukka før de

drar hjem til brukeren. Dette er en ny måte for sykepleierne å levere tjenesten på, og pasienten unngår unødvendig ubehag og opplever en mer profesjonell tjeneste.

En annen informant var leder for institusjonsbasert omsorg i sin kommune, dvs. alle tre av kommunens sykehjem. To av disse sykehjemmene skulle snart slås sammen til ett sykehjem, og de hadde mye fokus på organisasjonsinnovasjoner knyttet til samkjøring av kulturer, visjoner og strategier. Informanten fortalte også om innføringen av Room-mate, et kamerabasert digitalt tilsyn om natten av demente eldre, og brukte det som eksempel på en innovasjon. Ved å gjøre tilsynet digitalt, unngikk de å vekke pasienten i løpet av natten. Pasienten fikk bedre søvnkvalitet, og ble heller ikke urolig i løpet av nattevakten. Dermed ble natten bedre for både pasient og bemanning. De etterfølgende spørsmålene våre ble stilt med utgangspunkt i denne nevnte innovasjonen.

Det siste eksempelet hentet vi hos den tredje informanten. I denne kommunen hadde de et spesielt fokus på innovasjonsarbeid knyttet til organisasjonsendringen fra distriktsmodell til en tjenestemodell. Tidligere hadde lederne hatt ansvar for både hjemmebasert omsorg, omsorgsboliger og institusjoner innen sitt distrikt av kommunen. Dette ble så delt slik at hjemmetjenesten i hele kommunen hadde en overordnet leder, og likelydende for institusjonene. De hadde også kommet fram til at det var hensiktsmessig å samle rus, psykisk helse og NAV under en leder. I tillegg til dette var det også i denne kommunen fokus på ulike velferdsteknologiske innovasjoner, hvor elektronisk medisindispenser hjemme hos en pasient i hjemmesykepleien var det eksempelet som ble best belyst. Disse eksemplene på innovasjoner ble lagt til grunn for resultat og analyse.

Ved å forske innenfor kommunehelsetjenesten er vi i en virksomhet hvor tjenesteyter og tjenestemottaker er så tett på hverandre når tjenester ytes at de kan kommunisere om hva som fungerer og hva som må gjøres annerledes. Produktet konsumeres i samme øyeblikk som det blir produsert. Dette skiller denne virksomheten fra mer typiske produksjonsvirksomheter.

3.12 Oppsummering metode

Vi har i dette kapitlet gjort rede for vårt forskningsdesign og metodevalg. Vi har valgt en kvalitativ tilnærming og innhentet data ved å intervju virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten. Vi har i dette kapitlet også vist til sterke og svake sider ved metodevalget vårt og ellers belyst ulike forhold ved denne undersøkelsen som kan ha eller har betydning for validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheten. I det neste kapitlet skal vi presentere funnene fra intervjuene vi har gjennomført.

4 Resultat

Vi har som tidligere nevnt, intervjuet virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten. I dette kapitlet skal vi presentere funnene fra de kvalitative intervjuene. Vi følger samme inndeling med overskrifter i dette kapitlet som i teorikapitlet.

4.1 Innovasjon

Vi søker å finne svar på hvordan sykepleierledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten, og starter med å presentere funn på vårt forskningsspørsmål nr. 1: Hva anser sykepleierledere i kommunehelsetjenesten som innovasjon?

4.1.1 Hva er innovasjon i offentlig sektor?

I metodekapitlet forklarte vi at det var nødvendig å tilpasse språket vårt til det språket sykepleierlederne er vant med. Vårt intervju startet derfor med spørsmål om hva de gjorde annerledes i dag enn for to år siden. Av prosjekter hadde informantene mange eksempler på hva de har jobbet med siste årene. Det var alt fra kompetanseheving hos ansatte, tekniske prosedyrer som er endret, nye læringsmetoder, nye bestillingsrutiner på medisiner, ulike prosjekter med bruk av teknologi (GPS, simuleringsrom, digitale tilsyn, elektroniske medisindispensere), omorganiseringer i tjenesten, til nye kommunikasjonsmetoder mot ansatte, brukere og pårørende. Lederne drev med endringer i ustrakt grad delvis fordi at de måtte for å møte fremtidens behov, men også med tanke på økonomi og tilgang på kompetanse.

Ordet innovasjon ble lite brukt av lederne vi intervjuet når de skulle informere oss forskere om det nye de hadde innført, men det var utrolig mange endringer. En av våre informanter oppsummerte det slik:

«Og vi har jo ikke tenkt på det at, nei, er det endring – er det innovasjon – ja, det er jo det!»

På direkte spørsmål kunne ingen av lederne bekrefte om de hadde noen strategi for innovasjon i deres kommune. Det nærmeste var én leder som fortalte at hennes kommune hadde en egen strategi for velferdsteknologi og en annen leder som nevnte noe overordnet om temaet i økonomi- og handlingsplan.

4.1.2 Bricolage, inkrementelle og radikale innovasjoner

Vi spurte hvordan sykepleierlederne hadde jobbet med innovasjon de siste par årene. En av informantene ga følgende svar:

«Jeg tenker på, hvis en ser bare på ett års perspektiv så er det kanskje ikke så veldig mye revolusjonerende, det er ting som foregår hele tiden, småtteri. [...] Vi endrer tjenesten litegranne, måten å gjøre ting på, det må vi jo gjøre.»

Dette var gjenkjennbart også hos en av de andre informantene. I hennes kommune var det samme utfordring at de måtte tilpasse tjenesten etter utviklingen, hvor problemer med å få tilgang på den kompetansen de trengte for å møte etterspørselen etter tjenester var med på å komplisere hele bildet.

I en av kommunene jobbet de stort sett med små endringer, men akkurat nå stod de foran en stor forandring. De drev med bygging av nytt bo- og behandlingssenter og skulle flytte to eksisterende sykehjem inn i ett bygg og øke kapasiteten voldsomt – fra 89 sykehjemsplasser til 132. Dette kommer ifølge informanten til å øke kompleksiteten og et stort behov for å jobbe med en felles kultur. Lederen møtte dette ved å se på omorganiseringer, endringer i hvilke arbeidsoppgaver høgskoleutdannet personell skulle utføre, tilsetning av mer spisset kompetanse for å drive fagutvikling, økt legeressurs og spissing av kompetansen til fagutdannede ansatte.

4.1.3 Typer innovasjon

Informantene informerer om en rekke typer innovasjoner. Innen organisasjonsinnovasjon fikk vi mange eksempler på ulike prosjekter. En kommune skulle slå de to eksisterende sykehjemmene sammen, og flytte inn i ett felles hus. Dette var på organisasjonskartet en relativt liten endring i organisasjonen, men det tilhørende organisatoriske og kulturelle arbeidet var stort. Hensikten med omorganiseringen var delvis for å spare penger gjennom samlokalisering, samt at de på den måten vil kunne fokusere på å gi et bedre tilbud til pasientene gjennom bedre tilgang på de ansattes kompetanse:

«For helsefagarbeideren vil bli den viktigste faggruppen som arbeider på langtids plassene våre i framtiden. For vi har nødt til å sentrere sykepleierkompetansen på korttidsavdelingene våre, så de aller fleste sykepleierne skal være med på korttidsavdeling»

En annen informant snakket om hvordan hennes del av organisasjonen var endret i flere omganger. Først hadde kommunen valgt å endre hele helse- og velferdssektorens organisering fra distriktsinndeling, hvor alle tjenestene i ett distrikt (hjemmetjeneste, langtidsplasser og korttidsplasser) var organisert under samme leder, til en tjenestemodell hvor tilsvarende tjeneste fra de tre ulike distriktene ble organisert under samme leder.

Senere har informantens organisasjon blitt omorganisert i flere etapper, fra at hun var virksomhetsleder for 6 avdelinger til at hun nå er leder for bare 3 avdelinger.

Informantene fortalte også om mange produktinnovasjoner. Produktet i disse organisasjonene er helsetjenester, da enten i hjemmesykepleie eller på institusjon. I alle kommunene var lederne opptatt av at de hele tiden måtte følge med i utviklingen for å kunne gi tjenestemottakerne rett tilbud med tanke på at kompleksitet og behov øker:

«Tjenesten endrer seg, brukeren endrer seg, behovene endrer seg.»

Lederne var svært opptatt av å kunne tilby de tjenestene brukerne har behov for, på et så lavt omsorgsnivå som mulig og, som vi har sett tidligere, med den kompetansen og bemanningen de har. Budsjettet var for stramt til å ansette flere med nødvendig kompetanse, det var vanskelig å få søkere med rett kompetanse, eller en kombinasjon av begge.

Den ene informanten fortalte hvordan bruk av velferdsteknologi var en del av organisasjonens strategi for å legge til rette for at pasienten skal oppleve mestring i eget liv. Med elektronisk medisindispenser trengte ikke pasienten å forholde seg til personalet annet enn ved påfyll. Dette førte til en større frihet for pasienten, samtidig som det medførte en stor endring til personalets måte å se på omsorg på:

«, [...] vi ser jo de som har medisindispensere, får jo en frihet, får jo en kontroll over egen hverdag, og det er jo også tilbakemeldingene.. ja, den kan de bare ta med seg, trenger ikke å vente på at vi kommer.»

Lederne hadde også vært gjennom en rekke andre prosjekter som hadde lignende grenseoppganger. Mange av disse prosjektene var i kategorien velferdsteknologi med eksempler som GPS-sporing av vandrende pasienter, digitale trygghetsalarmer, fallsensorer og døralarmer.

En av kommunene gjorde endringer i hvordan de utførte nattlige tilsyn på pasientene på sykehjem. Tradisjonelt ble det gjort ved at pleierne åpnet døren til pasientrommet for å observere pasienten. Dette kunne medføre at pasienten våknet, og med en høy andel demente pasienter, førte det ofte til uro i avdelingen. For å unngå å vekke pasienten om natten, hadde de installert en teknologi kalt Room-mate, digitalt tilsyn. Pasient kunne, med mindre det var særlige behov, få sove uforstyrret gjennom hele natten fordi tilsynene ble gjort via et nettbrett. Sykepleierne opplevde denne prosessinnovasjonen som en forverring ved at de ikke hadde kontroll i tjenesten de leverte nattlige tilsyn på:

«Vi jobber først med nattevaktene, det er jo de som [...] må endre måten å jobbe på. [...] Så det har vi jobbet mye med, at de fysisk ikke trenger å gå inn fordi samvittigheten til meg som sykepleier [sier det]. [...] Det er nok den største endringen.»

I en annen kommune hadde de, etter ide fra en annen kommune, innredet et rom som simulatorrom med en elektronisk dokke de kunne øve inn nye ferdigheter og prosedyrer på. På denne måten slapp de ansatte å øve inn nye ferdigheter og prosedyrer på pasienten, noe som økte kvaliteten på tjenesten. Informantene fortalte også om kommunikasjonsinnovasjoner. I en kommune hadde de sett på hvordan de kommuniserte med pasienter og pårørende. Pårørende hadde gitt direkte tilbakemelding til leder om at de mente de ikke hadde fått nok informasjon i anledning en av kommunenes omorganiseringer. Pårørende ønsket gjerne informasjonsmateriell, møter, samtaler én til én, og gav klart uttrykk for at det aldri blir nok informasjon. I en av de andre kommunene hadde de valgt å endre måten de organiserte sine personalmøter på. Informanten fortalte hvordan lederne under henne gruet seg til å gå på personalmøter, hvor det raskt ble til at de ansatte kun målbar elendighet fra avdelingen. I stedet endret de til et mer interaktivt møte:

«Det har vi endret de to siste årene, hvordan vi bruker personalmøtene, fra å være enetale der avdelingsleder nesten gruer seg til å gå i personalmøter, og hvor en-to sitter [...] og er budbringer for alt som er elendighet, [...] til [at vi] nå er [...] i dialog. Nå kjøres det kafébord på ulike tema, og det meldes opp ulike saker i fra personalet.»

4.1.4 Hvem påvirker til innovasjon i offentlig sektor?

Kommunene hadde veldig forskjellig mottakerapparat av ideer til innovasjoner, men opplevde å få ideer gjennom mange kanaler. Alle informantene fortalte om hvordan de fikk ideer fra egne ansatte, eksterne partnere (Utviklingssenter, konsulentfirma, sykehus), egne ledere, politikere og pårørende.

Sykepleierlederne fikk de fleste ideene enten på direkte tilbakemelding fra ansatte, fra pårørende og pasienter, eller gjennom egen lederlinje herunder også politikerne. Kun en av informantene opplyste at de hadde en fast struktur for hvordan ideer kunne sendes inn. Det var gjennom sitt kvalitetssystem at de kunne motta forslag til forbedringer. Dette var helt nytt, og de hadde foreløpig ingen erfaringer med å få noen tilbakemeldinger gjennom den kanalen.

Egne ansatte er helt klart den største kilden for nye ideer. Alle informantene har faste møter med tillitsvalgte og verneombud og oppgir det å være den arenaen hvor fleste ideer blir løftet fram og diskutert. Personalmøter en annen viktig arena for å høste ideer fra de ansatte.

«Hos oss så skjer det i partsamarbeidet da vet du, ikke sant. Så fra partssamarbeidet så skjer det fra avdelingsledere med enkelt, med ansatte i sin ansattgruppe da.»

Sykepleierlederne så også at ansatte med ulik kompetanse tok med seg ideer til innovasjoner hjem etter å ha vært i kontakt med kolleger i andre kommuner. En av informantene fortalte om hvordan de hadde innredet et simulatorrom hvor personalet kunne øve på nye prosedyrer på en dukke slik at de slapp å øve på pasienten. Denne ideen kom fra en kommune som allerede hadde innredet et slikt rom. Men det kunne også være at ansatte kom med utvikling av nye ideer fordi de rett og slett var opptatt av utvikling.

Informantene er også svært enige i at pasienter og pårørende er en viktig kilde til nye ideer. Det være seg til bruk av nye produkter av velferdsteknologi, men også innen nye måter å kommunisere på. Pasientene som hadde forslag til innovasjoner, var gjerne å finne i hjemmesykepleien. Samtidig var det ofte slik, igjen særlig i hjemmesykepleien, at pasienten hadde vært på sykehuset for behandling og kom hjem med nye omsorgsbehov. Da må tjenesten tilpasses det.

Den siste hovedgruppen for ideer til innovasjon var egen toppleders ledergruppe og politikere. Informantenes toppleder var sektorsjefen, dvs. den lederen i kommunedirektørens ledergruppe med ansvar for helse- og omsorgssektoren i kommunen. Det var tydelig at flere av disse hadde store nettverk, i akademia, forskningsinstitusjoner og andre kommuner, som kunne bidra til nye ideer:

«Jeg har en leder som er veldig på når det gjelder endringer i samfunnet. [...] Hun holder seg veldig oppdatert på, på hva som skjer rundt omkring i landet. [...] Opptatt av å ha kontakt opp mot forskningsmiljø, NTNU og Sintef.»

Alle sykepleierlederne så at de gjennom sin posisjon i lederlinja hadde en utfordring i at de ofte var langt foran de ansatte i prosessene med å implementere en innovasjon. Gjennom lederteam hvor de møtte toppleder og ledere i andre tjenester på samme nivå som seg selv, hadde de helt andre forutsetninger og myndighet til å kunne diskutere og vedta prosjekter som skulle settes i gang, enn i møter med tillitsvalgte og ansatte:

«Og husk på at vi ledere er mange hakk foran de ansatte. [...] Husk på at vi har brukt tid på å tenke ut [...] og fundert slik at vi har.. det handler om å bruke tid, det tar tid med endringer i tjenestene her.»

Informantene ble til slutt spurt hvordan de forholder seg til eventuelle dårlige ideer som blir presentert. Alle tre svarte at de var nøye med å forholde seg ordentlig til ideer til innovasjon som de kanskje umiddelbart syntes var dårlige. En informant hadde gjort seg den erfaringen at det første inntrykket av den dårlige ideen ikke nødvendigvis trenger å stemme:

«Vi kan jo tro at det er dårlige ideer, men det trenger ikke være dårlige ideer hvis vi utforsker.»

Politikere som kilde til nye ideer hadde informantene ulik erfaring med. To av informantene nevnte at politikerne hadde vært kilde til innovasjon, men bare den ene oppga et eksempel som var en endring av organiseringen i helse- og omsorgssektoren. En informant sa derimot helt klart og tydelig at det egentlig kommer veldig lite fra politisk nivå.

4.1.5 Lederes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten

Vi kartla hvilken kompetanse sykepleierlederne (informantene) vi intervjuet hadde.

Informantene fikk spørsmål om de kunne fortelle litt om seg selv. Vi ønsket å vite alder, om de har lederutdanning og ledererfaring. Vi spurte dem hvor de hadde jobbet før de begynte i nåværende stilling, hvor lenge de hadde vært leder i kommunen og hvor mange ansatte de hadde ansvaret for i dag.

Informantene er enhetsledere eller virksomhetsledere, har ledererfaring og vi finner flere relevante utdanninger utover grunnutdanning i sykepleie. Ingen av informantene oppga å ha formell innovasjonskompetanse. Alle informantene har over 80 ansatte under seg, men har ikke direkte lederansvar for dem. Det er ett ledernivå mellom informantene og de operative ansatte i kommunehelsetjenesten, avdelingsledernivået.

Vi spurte informantene hvilken rolle de selv har i innovasjonsarbeidet. Informantene våre oppgir at de har en sentral rolle. De er bindeleddet mellom avdelingslederne og topplederen. De må legge til rette med ressurser når ideer kommer opp. De er oppmerksomme på å fange opp ideer til nytenkning, og alle opplevde at de hadde både ansvar og myndighet til å lede innovasjonsprosesser innenfor sitt budsjett.

4.2 Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap)

Vi intervjuet informantene med utgangspunkt i de fem dimensjonene i CE-modellen; topplederstøtte, selvbestemmelse i jobben, belønning, ressurser å spille på og informasjonsflyt.

4.2.1 Topplederstøtte

Først spurte vi dem om hvordan toppledelsen stiller seg til nyskaping i organisasjonen.

Alle informantene oppgir å ha god topplederstøtte. Den ene informanten oppgir at topplederen er veldig opptatt av endring og utvikling og gir mye topplederstøtte til innovasjonsarbeid.

«Jeg sa jo det at hun – jeg har en leder som er veldig på når det gjelder endringer i samfunnet. [...] Hun holder seg veldig oppdatert på, på hva som skjer rundt omkring i landet. [...] opptatt av å ha kontakt opp mot forskningsmiljø, NTNU og Sintef.»

En annen informant sier at toppleder er opptatt av innovasjon og støtter det fullt ut.

Politikerne er imidlertid ikke der. Kommunedirektør og samarbeidsforum er derimot opptatt og støttende i forbindelse med innovasjonsarbeidet i kommunen. Et eksempel på topplederstøtte var da toppleder (kommunalsjef) og virksomhetsleder var med på fagdag sammen med avdelingslederne og de operative ansatte. Dette ble positivt mottatt og det viser at toppleder støtter og at arbeidet er lederforankret.

En annen informant sier at toppleder er opptatt av innovasjon og ligger hakket foran, i alle fall i takt med samfunnsutviklingen. Hun oppgir at vedkommende toppleder evner å se helheten. Ellers har de også en egen strategisk ledergruppe.

«Hun vil jeg egentlig si, hun er hakket foran meg veldig ofte i tankesettet [...] Har en veldig stor evne til å se helheten, se samfunnsutviklingen, og prøve å ligge – om ikke ett hakk foran, så i alle fall i takt med, i balanse, med det som skjer [...] ja.»

Vi spurte om hvordan samarbeidet med toppleder er, og samtlige informanter svarte at samarbeidet er godt. De blir invitert på sak, via ledermøter, faste møtepunkt mellom toppleder og virksomhetsleder med flere. På vårt spørsmål om det finnes noen strategi for innovasjon innenfor helse og omsorg i kommunen, kan ingen av informantene vise til å ha en strategi for innovasjon innen helse og omsorg. Den ene informanten kan imidlertid vise til at de har en økonomi- og handlingsplan hvor store tema som kvalitet og heltid er beskrevet.

4.2.2 Selvbestemmelse

Vi gikk videre inn på spørsmål om selvbestemmelse i jobben og kontroll over egen arbeidshverdag. Den ene informanten oppgir at det er høy grad av selvbestemmelse innenfor avtalte rammer.

«Jeg føler jo at jeg har god kontroll, [...] [og] ganske stor frihet til å organisere [...] egen virksomhet.»

En annen informant opplever selv å ikke ha kontroll over egen arbeidshverdag. Hun sier hun må forholde seg til oppgaver løpende og at hun ikke kan kontrollere arbeidsdagen, kommer det en sak som må prioriteres, må hun bare gjøre det.

«I: Hehehe.. nei, det er, nei, jeg vet ikke. Jeg har mine møter, men nei, jeg har ikke kontroll. Jeg har ikke det. Det kan skje [knips]. Plutselig må jeg bruke hele dagen på en sak.»

En tredje informant oppgir at hun har stor innflytelse og kontroll over egen arbeidshverdag, men at det kan oppstå enkelthendelser hun bare må ta tak i der og da.

Når det gjelder hvilke beslutninger de har anledning til å ta i jobben sin, så er handlingsrommet deres innenfor de økonomiske rammene de har. De sier at de alle har rom for å omprioritere innenfor den gitte økonomiske rammen. Den ene informanten sier eksempelvis at vikarbudsjetten kan omdisponeres til andre formål ved underforbruk. Det har imidlertid ikke vært mulig så langt ifølge informanten.

«Jeg har jo i utgangspunktet delegert fullt personal-, økonomi- og fagansvar, så da er det jo i stor grad rammene som er førende for hvilke prioriteringer og justeringer jeg kan ta sånn økonomisk.»

4.2.3 Belønning

Vi spurte informantene om hvordan de motiverer og belønner de ansatte til å bli med på nytenkning, nyskaping og påfølgende utvikling og endringer.

En type belønning ifølge informantene, er at ansatte ser at endringen gjør noe for pasienten. Belønningen ligger i utøvelsen av sykepleiefaget og i ytelsen de gjør for folket.

«Men jeg tror det at de ser at det er til.. positivt for brukeren og for seg selv i tjenesteytinga, det er en motivasjonsfaktor.»

Den ene informanten oppgir at nytenkning belønnes i form av at det frigjøres mer tid til fagutvikling. Det er ikke snakk om revolusjonerende endringsprosesser, men små skritt til det beste for driften, ansatte og brukerne. Den ene informanten sier at hun anerkjenner de ansatte når de tenker nytt og oppgir at det ser ut som at de ansatte motiveres til å gjøre mer av det når dette bekreftes av leder. Ikke minst er det effektivt for de ansatte med nytenkning når de selv ser nytten av endrede arbeidsoppgaver. *«Whats in it for me.»*

Et eksempel på belønning hos dem er å gi de ansatte anledning til å «få vist seg fram» og dele kunnskapen sin ved at de holder internundervisning og lignende. Også det at ansatte som viser interesse for et område, i større grad kan få jobbe med og utvikle det området. I ett av prosjektene hadde de ansatte fått positiv omtale i media og opplevde det som belønning. Ellers ble skryt, styrket arbeidsmiljø og fellesskap og bekreftelser trukket fram som belønning i intervjuene.

En annen informant oppgir at ansatte motiveres og belønnes av å bli involvert i endringsprosesser. Hele ansattegruppa kan kjøpes fri til fagdager.

«Det er god nok belønning for de ansatte at de blir verdsatt, får en annen arbeidsdag, får faglig påfyll, og får litt god mat – det er kjempestor belønning.»

En tredje informant sier at ledelsen anerkjenner innspill og ideer og sørger for tilbakemelding. Vedkommende sier at det er viktig å ikke slå i hjel ideer, da slutter de å komme.

«Vi må vise interesse, vi må være med»

4.2.4 Ressurser

Informantene sa ikke så mye om de økonomiske ressursene og hva det koster å kjøpe nye systemer, men fokuserte på tiden det tar for ansatte å se potensialet i en innovasjon/nyskaping/endring. Ressursutfordringene gikk mye på tiden det tar å se hvordan det passer inn i deres arbeidshverdag og ikke minst hva det gjør godt for brukeren.

«Men man har vel lært at.. [...] det lønner seg å bruke god tid. Det er en lang modningsprosess mange ganger som skal til for å endre og å sikre at man har med seg flertallet av de ansatte. [...] og at av og til så kan ting gå litt for fort.»

En annen informant sier at det ikke er satt av egne ressurser til utviklingsarbeid, men alle informantene har egne midler avsatt til velferdsteknologi. De har også en egen ansatt, en

prosjektleder, som jobber med det og bistår i forbindelse med innovasjonsarbeidet knyttet til velferdsteknologi.

Vi har et funn knyttet til arbeidstid for turnuspersonell. Siden de jobber 24/7, oppgir den ene informanten at hun ikke har anledning til å samle hele ansattegruppa til felles fagdager slik som skoler og barnehager kan gjøre. Like fullt oppgir hun at det foregår innovasjonsarbeid hos dem.

Vi spurte videre hvordan arbeidsdagen er organisert når det gjelder ressurser til sykepleierleder og dem som blir ledet av vedkommende? To av informantene viser til at de fortløpende håndterer saker som dukker opp. På spørsmål om det er organisasjonsslakke i virksomheten til å jobbe med innovasjon, får vi ulike svar.

En informant svarer følgende på hvor mye tid hun reserverer til innovasjonsarbeid:

«Vanskelig å sette noe estimat på det egentlig, for det varierer, varierer veldig.»

Kompetanse ble trukket fram som en ressurs i innovasjonssammenheng. Den ene informanten viste til at noen av deres ansatte tar videreutdanning i velferdsteknologi og at det kan bidra til å styrke mulighetene for utvikling. I tillegg benyttes eksterne ressurspersoner i forbindelse med internt innovasjonsarbeid. De bruker ressursenter for omstilling i kommunene.

Bedriftshelsetjenesten ble også nevnt som en ekstern ressurs hos dem. De har imidlertid ikke anledning til å kjøpe fri alle ansatte til å delta på fagdager. Til tross for det, foregår det nytenkning og nyskaping i kommunen.

En annen informant viste til at de samarbeider med Utviklingssenteret. Hun presiserte at det kun er en kompetanseressurs. Det gis ingen økonomiske bidrag/tilskudd. En tredje informant viste til en interkommunal styringsgruppe hvor de kan utveksle erfaringer på tvers og at hun ser på det som en nyttig ressurs.

En informant oppgir at hun har noen kroner å leke seg med fordi de har så lavt sykefravær.

Den største utfordringen når det gjelder ressurser, er ifølge en av informantene knapphet på ressurser. Hun sier at det er utfordrende å få ansatte til å skjønne at det er viktig å holde trykket på at de må prioritere utvikling når kommuneøkonomien er trang. Vedkommende opplever det krevende å kommunisere dette ut til de ansatte.

4.2.5 Informasjonsflyt

Vi finner at alle informantene søker å få til så god og bred informasjonsflyt som mulig. Informasjon gis ifølge informantene i ulike kanaler. Personalmøter er en arena. Ellers kan det være informasjonsflyt via ansatterepresentanter. Vi finner også at det foregår informasjonsflyt mellom ansatte og brukere og også at pårørende kommer med innspill og ideer til nytenkning. Det foregår også informasjonsflyt mellom nivåer i lederlinja og mellom virksomheter hos noen av informantene.

Mangel på informasjon blir også nevnt, og at det aldri blir gitt nok informasjon ble kommentert i denne sammenhengen fra den ene informanten.

«Informasjon, informasjon, informasjon. Og husk på at vi ledere er mange hakk foran de ansatte, vi.. husk på at vi har brukt tid på å tenke ut eh.. og fundert slik at vi har.. det handler om å bruke tid, det tar tid med endringer i tjenestene her.»

Ellers vil vi nevne at en annen informant sier at hun som leder er tett på, nær og til stede. Hun oppgir at det er utfordrende å nå ut med informasjon til ansatte i turnus, som jobber både på natt og helg.

«også er det slik at i et utviklingsarbeid og sånn så vil en jo gjerne ha noe tilbake, må høre på de ansatte, så det holder ikke bare med informasjon. Nei. Og det jeg tenker det er en utfordring altså. Men man må være til stede, må ha nærledelse og tilstedeværelse [...] som leder.»

En annen informant sier at de har et velfungerende trepartssamarbeid i kommunehelsetjenesten og fanger ofte opp ideer i møter med de ansattes representanter. De har også endret personalmøter til å ta i bruk cafébord-case hvor de drøfter dilemmaer i arbeidshverdagen for å styrke kvaliteten på personalmøtene. Når det gjelder informasjonsflyt, opplever informanten at de bruker for vanskelige ord fra ledelsen. De har imidlertid innført ukeslutt hvor både avdelingsleder, fagkoordinator, virksomhetsleder med flere kan legge til informasjon som skal distribueres ut til de ansatte i slutten av uka. Informanten medgir at hun aller helst skulle ha vært mer ute i avdelingen/ vært tettere på for å fange opp ideer. Vedkommende har vurdert å ta ei vakt.

En annen informant trekker fram det lokale HMS-utvalget som en fin måte å sikre representasjon av ansatte i innovasjonsarbeidet deres på. Ellers brukes ledermøter, og informanten oppgir at det er viktig at leder «snapper» opp ideer. De bruker personalmøter,

midtrapporter og e-post til å informere. En gang i året har de ledelsens gjennomgang for en status. Derfra kommer det blant annet en egen rapport på velferdsteknologi.

«vi har ledelsens gjennomgang som det heter, en gang i året, hvor man tar en status egentlig, en gjennomgang av hvordan det står til i [...] avdelingene. [...] da er jo både kommunalsjefen, og til dels også kommunedirektøren med på den her gjennomgangen [...]. Og da er plasstillitsvalgt med og verneombud med [...] i tillegg så er kommunalsjefen med på personalmøter hvis det er særskilte behov for det. [...] Da kan det være greit at hun er med, slik at hun får førstehåndsinformasjon egentlig, slik at ikke alt må gå via via.»

Informasjonsflyten mellom informantene og toppleder foregår gjennom faste møtepunkt, kontakt ved behov, e-postutveskling og telefonkontakt.

Vi spurte de to siste informantene om de tar vakter i egen avdeling. Den ene av dem sier at hun har vurdert det, men ikke kommet så langt. Den andre sier at hun la opp medisiner i fjor sommer, men ikke har gått en ordinær vakt. Her er et sitat i den sammenheng:

«det jeg tror er at vi som er ledere på mitt nivå og over meg da, er alt for lite i direkte kontakt med de ansatte. Vi er alt for lite ute og møter dem.»

4.3 Oppsummering resultater

I dette kapitlet har vi oppsummert og trukket fram hovedfunnene fra de kvalitative intervjuene våre. Informantene forteller om mange ulike prosjekter de har jobbet med de siste årene. Det skjer mye innovasjon i kommunehelsetjenesten selv om lederne i liten grad bruker dette begrepet selv. Hovedårsaken til behov for innovasjon angir informantene å være begrenset økonomi og utfordringer med tanke på tilgang på kompetanse. Mange av innovasjonene er små tilpasninger som gjøres i det daglige, og finnes innenfor alle kategoriene som er definert i teorikapitlet: Produktinnovasjon, prosessinnovasjon, organisasjonsinnovasjon og kommunikasjonsinnovasjon. Samtidig ser vi at selv om en innovasjon ser liten ut, er den gjerne en del av en større innovasjon som har vokst fram over tid. Ideene til innovasjoner har lederne mottatt fra ansatte, pasienter og pårørende og toppledelsen.

Våre informanter har forskjellig type erfaring og utdanning. Felles for alle tre er at de har mer utdanning enn grunnutdanningen som sykepleier. De har en sentral rolle i innovasjonsarbeidet som et bindeledd mellom avdelingslederne og topplederen. De må legge til rette med

ressurser når ideer kommer opp, og alle opplever de har ansvar og myndighet til å lede innovasjonsprosesser innenfor sitt budsjett.

Under følger en tabell (tabell 1) som beskriver CE-modellen sett opp mot våre funn i oppgaven. Disse funnene finner vi i informantenes eksempler. Våre informanter opplever å ha god topplederstøtte. De opplyser imidlertid at de ikke har strategier for innovasjon.

Informantene har tilgang på tid til utvikling og greit med eksterne midler, men mangler begreper og kompetanse på innovasjon. Innenfor dimensjonen belønning er resultatet til pasienten en av de viktigste faktorene. En informant trakk fram hvor god belønning det var at de ansatte fikk komme ut av avdelingen og spise god mat og snakke om utvikling. Ingen av informantene hadde noen ytre belønning å vise til. Informantene opplevde høy grad av selvbestemmelse i sin jobbutførelse. Informasjonsflyt var et område de jobbet mye med, både internt og eksternt. Likevel var det en utfordring at lederne hele tiden lå mange hakk foran de ansatte i innovasjonsprosessene, og at lederne brukte for vanskelige ord.

Dimensjoner i CE	Fungerer	Fungerer ikke
Topplederstøtte	Gode lederteam Aktive ledere Nært samarbeid med toppleder Toppleder er pådriver for innovasjon og har fokus på utvikling	Mangler strategi
Ressurser	Mottar eksterne midler, God pleiekompetanse, Tid til utvikling	Mangler kompetanse på innovasjon Mangler midler til kulturbygging
Belønning	Framsnakker ansatte, Bedre tjeneste, Faglig fokus/fagutvikling	Mangler ytre belønning
Selvbestemmelse	Handlingsrom, Kontroll over egen tid, Ansvar og myndighet delegeres nedover	

Dimensjoner i CE	Fungerer	Fungerer ikke
Informasjonsflyt	Bred informasjonsflyt, Bottom-up, cafe-bord	Top-down, Leder ligger langt foran, For komplisert

Tabell 1: CE-modellen sett opp mot funn i caser gjengitt av våre informanter.

5 Analyse

Formålet med dette kapittelet er å se på hvilke tydelige funn forskningen vår har ført til og diskutere funnene våre opp mot de teoretiske perspektivene. Denne drøftingen gjøres med samme inndeling i kapitler som i teori- og analysekapitlet.

Vi gjentar hovedproblemstillingen: *Hvordan jobber sykepleierledere med innovasjon i kommunehelsetjenesten?*

5.1 Innovasjon

Innovasjon er som tidligere belyst blitt et dagligdags ord som alle mener å forstå. SSB (Foyn, 2011) stiller i sin rapport spørsmålsteget ved om kommunene rapporterer mer på endring enn på innovasjon. Dette har ledet oss fram til følgende forskningsspørsmål: Hva anser sykepleierledere i kommunehelsetjenesten som innovasjon?

5.1.1 Hva er innovasjon i offentlig sektor?

Det er mange prosjekter i de tre kommunene vi forsket i, mye er endret de siste par årene. Dette har sammenheng med at de kontinuerlig må være i utvikling for å møte utfordringer med knappe ressurser (økonomi og kompetanse) og et stadig økende behov for omsorgstjenester. SSB bekrefter i sin rapport at det skjer mye innovasjon i kommunene, særlig innen områdene helse/sosial og pleie/omsorg, men at det er en overrapportering av innovasjoner sett opp mot definisjon (Foyn, 2011). Da fungerer teorien og begrepet «sosial innovasjon» bedre i kommunehelsetjenesten, da dette begrepet tar for seg de innovasjonene som skjer i møtet mellom personer og tjenester slik våre informanter hele tiden peker på (Willumsen & Ødegård, 2015).

Det var en gjennomgående tilbakemelding fra alle informantene at de kontinuerlig jobbet med endring og utvikling, og dette anses som nødvendig for at endringene ikke skal bli for store. Vi hadde forventet at informantene hadde mer fokus på innovasjon som begrep, særlig med tanke på fokuset som har vært gjennom en rekke offentlige dokumenter de siste årene helt siden Innovasjonsmeldingen kom i 2008 ("St. meld. 7 (2008/2009)," 2008). Dette manglende fokuset og begrepsbruken kan kanskje forklares med manglende strategier og kompetanse på innovasjon. Samtidig vises det i teorien til at innovasjonsbegrepet er uklart og at denne uklarheten virker å føre til en lavere terskel for hva lederne rapporterer som innovasjonsaktiviteter (Foyn, 2011).

Willumsen og Ødegård (2015) nevner hvordan innovasjon gjerne blir oppfattet som et positivt ladet ord, noe våre informanter gjorde. Vi viste i teorikapitlet hvordan en innovasjon som er ment til å føre noe positivt også kan gi utilsiktede negative konsekvenser for andre, og at dette ikke var så lett å forutse (Willumsen & Ødegård, 2015). Dette hadde informantene opplevd, særlig i den prosessen hvor de gikk fra fysisk til digitalt tilsyn av pasientene på natt. Nattevaktene opplevde seg utrygge og usikre og mente det gikk ut over deres fagutøvelse at dette ble tatt i bruk, så leder måtte inn for å veilede og legge til rette for refleksjon for at denne negative opplevelsen skulle snus. Det samme skjedde i den kommunen hvor de startet et prosjekt med elektroniske medisindispensere. Der opplevde sykepleierne det som en utfordring at de ikke lengre hadde samme kontroll over medisineringsen til pasienten, og leder måtte inn og jobbe mye med holdningen til eget fag og tjenesten.

5.1.2 Radikale og inkrementelle innovasjoner og bricolage

Vi finner at det ikke er store og revolusjonerende endringer som skjer i kommunehelsetjenesten, men at de hele tiden endrer måten å gjøre ting på. Slik som den ene informanten sa det da hun fortalte at det var bedre å gjøre 10 % endring hvert år framfor 100 % hvert tiende år. Eller en annen informant som fortalte om hvordan de endret tjenesten litt hele tiden, måten å gjøre ting på. Fuglsang (2010) kaller dette bricolage – de små endringene i hverdagen med vesentlig virkning for pasienten – en viktig måte å drive med innovasjon i kommunehelsetjenesten (Fuglsang & Sørensen, 2011; Willumsen & Ødegård, 2015).

Vi ser i fortellingene til informantene at en innovasjon kan være inkrementell med det ene øyet, og at den kan være radikal hvis man ser det med det andre øyet. Informanten som var leder for de to sykehjemmene som skal slås sammen viser eksempel på det. Når to fagmiljøer skal smeltes sammen til ett, krever det et arbeid med hensyn til kultur. Samtidig kombineres dette arbeidet med bygging av det nye bygget som vil medføre et tilfang av mange flere sykehjemsplasser, som igjen krever en endring i måten sykepleierkompetansen brukes på. Det fordrer også at kompetansen til helsefagarbeiderne utvikles slik at de er i stand til å følge opp pasientene på langtidsplassene mer selvstendig. Et annet eksempel er innføring av digitale tilsyn på natt ved bruk av teknologien kalt Room-mate. Nattevaktene skulle redusere tidsbruken ved å ikke gå innom pasientrommene på natta, men heller observere pasientene via et nettbrett.

Isolert sett vil de fleste av disse punktene stemme både med Tidd og Bessant (2009) sin beskrivelse av inkrementelle innovasjoner, samtidig som det samlet sett kan argumenteres for

at dette er en radikal innovasjon (Tidd & Bessant, 2009). På den måten kan det se ut som en inkrementell innovasjon på et tidspunkt, og en radikal innovasjon på et annet tidspunkt, noe som viser at tidspunktet man gjør en vurdering av innovasjonen er viktig ved klassifisering av innovasjoner. Vi planlegger en innovasjon for fremtiden, men resultatet av innovasjonen ser vi kun i ettertid. Tidspunktet i dette eksempelet påvirker om det kan klassifiseres som en inkrementell eller radikal innovasjon. Det gjør at det er vanskelig å sortere flere av innovasjonene det vises til i denne undersøkelsen.

5.1.3 Typer innovasjon

SSB (Foyn, 2011) delte i sin rapport innovasjon inn i fire kategorier: Produktinnovasjoner (herunder tjenester), Prosessinnovasjoner, Organisasjonsinnovasjoner og Kommunikasjonsinnovasjoner.

Det er som nevnt over tidvis vanskelig å klassifisere innovasjonene som informantene forteller om ut fra disse kategoriene. Noen er soleklare, mens andre varierer litt ut fra hvilket perspektiv du ser innovasjonen.

Å slå sammen to sykehjem til ett er en klar organisasjonsinnovasjon (Bloch & Bugge, 2013; Foyn, 2011) både på organisasjonskartet og med tanke på kulturutviklingen og den nødvendige kompetanseutviklingen. Det samme gjelder kommunen som omorganiserte helse- og velferdssektoren fra en distriktsmodell til tjenestemodell, også her med behov for felles rutiner, felles målsetninger og felles personell. Den samme lederen hadde opplevd å få endret sin organisasjon fra å være virksomhetsleder for 6 avdelinger til nå å kun ha igjen 3 av disse.

Også kommunikasjonsinnovasjoner var relativt enkle å identifisere og klassifisere ut fra det informantene forklarte. I teorien lærte vi at dette er nye metoder for å promotere organisasjonen eller dens tjenester, samt nye metoder for å påvirke atferden til individer og organisasjoner (Bloch & Bugge, 2013; Foyn, 2011). Nye måter å kommunisere med pasienter og pårørende på, hører inn i denne typen innovasjon. Organisasjonsendringer var gjerne utløsende faktor for økt informasjonsbehov, samt behov for nye måter å informere på. Også ved innføring av Room-mate oppstod det en ny måte å kommunisere på da sykepleierne måtte innhente samtykke fra pårørende i de tilfeller hvor pasienten var umyndiggjort. Vi fant også at det var gjort innovasjoner i måten personalmøter ble holdt på, fra å være en top-down informasjon fra leder til de ansatte (som gjerne førte til motstand og ubehagelige situasjoner for leder), til en mer bottom-up situasjon hvor de ansatte kunne fremme ulike tema som så ble tatt opp til dialog med leder rundt ulike kafébord.

Tjenesteinnovasjon og prosessinnovasjon var derimot mer utfordrende å kategorisere.

Tjenesteinnovasjon handler i kommunehelsetjenesten om innovasjoner i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Willumsen & Ødegård, 2015), mens prosessinnovasjon handler om hvordan de ansatte leverer denne tjenesten til pasienten (Bloch & Bugge, 2013; Foyn, 2011).

Vi opplever å se at innovasjoner kan kategoriseres forskjellig ut fra hvilket perspektiv de ulike aktørene har; pasientperspektivet som ofte lettere beskriver tjenesteinnovasjoner og personalets perspektiv som beskriver prosessinnovasjoner, altså måten de leverer tjenesten på. Tjenesteinnovasjoner blir ut fra teorien innovasjoner som skjer i mellomrommet mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker (Foyn, 2011; Willumsen & Ødegård, 2015), og kan kanskje gjenkjennes som de innovasjoner som, med et positivt bruk av begrepet, gir en forbedring for tjenestemottaker. At tjenesteyter og tjenestemottaker er så tett på hverandre når tjenester ytes, gjør at de kan kommunisere om hva som fungerer og hva som må gjøres annerledes. Mange av pasientene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har mulighet til å artikulere sine behov og ønsker, og vil derfor være en viktig kilde til framtidig innovasjon. Mange av de innovasjonene informantene fortalte om førte til endringer med større frihet og kontroll over eget liv og hverdag for pasienten, og medførte samtidig endringer i prosessen fram til tjenesteytingen for de ansatte. Å starte med elektronisk medisindispenser, og elektroniske tilsyn, førte for eksempel til at man leverte tjenesten på en helt annen måte. Dette førte videre til at de ansatte måtte endre måten å tenke på, noe som ikke var helt uproblematisk.

5.1.4 Hvem påvirker til innovasjon i offentlig sektor?

Våre informanter fikk ideer til innovasjoner fra flere hold, men hovedsakelig fra eksterne samarbeidspartnere, egne ansatte, egne ledere/politikere og pasienter/pårørende. Dette belyses på samme måte av litteraturen vi viser til (Willumsen & Ødegård, 2015). Av eksterne partnere fortalte informantene om innspill fra Utviklingssenter for sykehjem i sitt fylke. Dette kunne være innleide konsulenter som bistod opp imot ulike problemstillinger, og de opplevde at sykehuset gjennom endringer i sitt tjenestetilbud fordret endringer i tjenestetilbudet fra kommunene med tanke på f.eks. endringer i faglig oppfølging av ulike diagnoser.

Pasienter og pårørende hadde også innspill til lederne på ulike områder, og da særlig innen nye måter å kommunisere på, samt innen bruk av velferdsteknologi. Willumsen og Ødegård (2015) forklarer hvordan pasienter og pårørende gjerne har to roller i samfunnet, både som bruker av tjenester og som betaler for tjenestene. Pasienten har direkte nytte og egeninteresse

av at tjenestene skal være best mulig tilpasset til seg. Derfor ser vi det som helt naturlig at pasienten og dens pårørende ivrer for bruk av velferdsteknologi som gir mestring, kontroll og frihet over eget liv. På samme måte som at de er avhengig av å få god informasjon om tjenester og tilbud som finnes i egen kommune.

Vi fikk ikke noe direkte fra informantene med perspektivet pasienten som betaler, men altså mye om pasienten som bruker. Dette kan ha sammenheng med at fokus på økonomi ligger til lederlinja, hvor politikerne er øverst i beslutningsstrukturen og er bevilgende myndighet, mens sektorsjef har delegert ansvar og myndighet fra politikerne (Willumsen & Ødegård, 2015). Informantene viste stadig til dette fra ulike vinkler. På den ene siden hadde de fått full myndighet innenfor sitt budsjett, også til å omdisponere dersom de ønsket det eller at de hadde midler til overs på en budsjettpost og ønsket den over til en annen. Lederne hadde da mulighet til å starte opp egne prosjekter for tjenesteutvikling og slik utvikle tjenesten i tråd med stadig nye og flere behov. På den andre siden var de også ansvarlige for å finne virkemidler som møtte politikernes krav om å spare inn på budsjettet, endringer som følge av at betaler krevde det. Indirekte blir jo da pasienten betaler, siden han hvert 4. år kan velge hvilke politikere som skal styre kommunen, og betaler skatt som politikerne betaler for tjenestene med (Willumsen & Ødegård, 2015).

Informantene var imidlertid helt samstemte i at egne ansatte var den største kilden av ideer til innovasjon. Dette til tross for at det kun var en av kommunene som hadde satt innhøsting av ideer i system gjennom sitt helt nye kvalitetssystem. Tidligere hadde denne kommunen vært avhengig av at ansatte hadde kontaktet en leder for å fremme en ide, og var på mange måter prisgitt at denne lederen fanget det opp og behandlet ideen videre. Dette er fortsatt gjeldende system i de øvrige kommunene vi har besøkt. Alle informantene forteller om gode kulturer for å ta opp endringer som tema både i personalmøter og særlig i møter med ansattes tillitsvalgte og verneombud. Det var gjennomgående hvordan lederne brukte partssamarbeidet som en arena for å hente inn ideer og føle de ansatte på pulsen. Dette viser at lov- og avtaleverk regulerer partsamarbeidet, og lederne benytter dette for å drive innovasjonsaktivitet. Faktisk så de på dette som den aller viktigste arenaen for å innhente ideer og for å sikre medvirkning og kommunikasjon til de ansatte underveis i prosessen.

Det som nok overrasket mest, er det vi opplever som få innspill fra politikere. Ifølge teorien er gjerne politikerne en viktig kilde til innovasjon der de med jevne mellomrom opplever å bli satt ut på åpen og offentlig konkurranse gjennom valg. Politikerne er dermed flinke til å

identifisere hvilke endringer som vil komme dersom nettopp de får beholde makten eller kommer til makten. (Willumsen & Ødegård, 2015). Kun en av informantene kom med et eksempel på prosjekt initiert fra politikerne. Det var knyttet til den store organisatoriske innovasjonen hvor kommunen gikk fra distriktsmodell til tjenestemodell. En informant sa helt klart og tydelig at det egentlig kommer veldig lite fra politisk nivå. Derimot var overordnede ledere, sektorsjefene som sitter i kommunedirektørens ledergruppe tett opp til politikerne, svært ivrige på å komme med ulike innspill og prosjekter. De virket å holde seg godt orientert om prosjekter i andre kommuner, hadde tett samarbeid med forskningsinstitusjoner og fulgte opp sentrale føringer. Det virker kanskje noe underlig at strategisk ledelse ikke hadde utformet noen innovasjonsstrategi med tanke på hvor stort fokus innovasjon har fått fra sentrale myndigheter. Samtidig viser våre funn at det skjer jo utstrakt innovasjon med initiativ fra de ansatte selv uten strategi.

5.1.5 Lederes betydning for innovasjon i kommunehelsetjenesten

Forskningsspørsmål 2: Hvilken kompetanse har sykepleierledere som jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten?

Lederne vi har intervjuet opplever å ha god kontroll over egen arbeidshverdag og -oppgaver. Det varierte både hvor mye ledererfaring og lederutdanning de hadde. De har imidlertid både relevant formal- og realkompetanse for å utøve lederjobben sin, men ingen oppgir å ha formell innovasjonskompetanse.

Vi har tatt utgangspunkt i Yukl (2013) sin definisjon på ledelse. Ledelse dreier seg om en spesiell atferd i lederrollen med det formål å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I intervjuene kom det fram at informantene var opptatt av å være tett på og til stede. Funnet dreide seg om viktigheten av at leder utøver nærledelse og tilstedeværelse som leder. Denne viktigheten underbygges av Eines og Vatne (2018) som anbefaler at ledere må være synlig og delaktig i samarbeid med frivillige og helsepersonell gjennom hele innovasjonsprosessen og at dersom de ikke deltar eller engasjerer seg, viser de til at det blir vanskelig å implementere innovasjoner. Det er altså rimelig å tenke at mer tilstedeværelse forenkler både for ansatte å bringe opp ideer og for leder å fange dem opp. På den ene siden viste riktignok lederne i denne undersøkelsen til at arbeidsdagen preges av ad hoc arbeid, men at de på den andre siden hadde såpass mye autonomi i jobben at de kunne strukturere tid til utviklingsarbeid i kalenderen sin.

I følge Totcheva et al. (2019) sin kunnskapsstatus for innovasjon i sykehjem er ledelse en sentral faktor for innovasjon, og at manglende kunnskaper og ferdigheter var den største barrieren mot innovasjon. I tillegg fant de at de menneskelige ressurser og kunnskapsledelse hadde betydning for å styrke innovative kulturer. Dette viser viktigheten og betydningen av lederrollen, behovet for kunnskaper og ferdigheter, men også at lederne ikke kan gjøre jobben alene. Rosemond et al. (2010) identifiserte viktigheten av at ansatte, pasienter og pårørende må bli inkludert. Vi finner spesielt at medbestemmelse og medarbeiderinvolvering er avgjørende i forbindelse med innovasjonsarbeidet til sykepleierlederne. En forutsetning for dette er en kultur hvor medarbeiderne tør å komme med forslag til forbedringer, og hvor forslag fra lavere nivåer i organisasjoner blir hørt og tas på alvor (Willumsen & Ødegård, 2015). I en norsk studie fant forskerne at ledere bør være aktive rollemodeller, med en klar visjon, og involvere helsepersonellet i utviklingsprosessen (Rokstad et al., 2015).

I denne oppgaven argumenteres det for at mellomlederen er den viktigste bidragsyteren til CE (Åmo & Kolvereid, 2016). Informantene våre oppgir blant annet at de har en sentral rolle ved å være bindeleddet mellom nivåer. Sykepleierlederen må videre være oppmerksom på det som forgår på det operative nivået. Det er imidlertid rimelig å tenke at det ligger mye og kanskje mer potensiale i ansattegruppa når det gjelder ideer til innovasjoner. Dette kan forklares med at det for oss oppfattes tilfeldig og uten at det er en klar strategi for innovasjonsarbeidet. Det er rimelig å tenke at en styrking på begreper, kan ha en positiv effekt i så måte. Sykepleierlederen sin rolle blir å legge til rette for ressurser når ideer kommer opp. Det underbygger Gjelsvik (2007) som hevder at mellomlederen gjerne har en avgjørende rolle for at en idé kommer forbi idéstadiet. Ansatte som jobber tettest på brukerne i arbeidshverdagen, kan komme opp med ideer for å forbedre og effektivisere arbeidsprosessene. Dermed kan det se ut som at nettopp denne informasjonen fra de ansatte er avgjørende i innovasjonsarbeidet og for at mellomlederen skal få jobbet fram innovasjoner. Sykepleierlederen sin jobb blir da å fange opp disse ideene.

Tyrholm, Kvangarsnes og Bergem (2015) hevder at mellomlederen sitter i den posisjonen at de har som oppgave å forsøke å forutse nye oppgaver som følge av samfunnsendringer, og tilpasse organisasjonen til dette. Det viser at leder må være i forkant. Ett av våre funn er i forbindelse med tidsdimensjonen. Fordi lederne må forsøke å forutse nye oppgaver, er de gjerne mange hakk foran de ansatte. Da har de brukt tid på å tenke og planlegge før de ansatte involveres i prosessen. Det tar tid med endringer i tjenesten, og nettopp denne

tidsdimensjonen blir betydningsfull for ledelsesutøvelsen og for å få med seg de ansatte når innovasjoner skal implementeres.

Et annet funn vi har gjort i den forbindelse, er viktigheten av at lederne informerer på en god og forståelig måte når endringer skal innføres. Manglende informasjon og for vanskelig informasjon blir trukket fram. At det brukes for vanskelige ord fra ledelsen påvirker informasjonsflyten i arbeidshverdagen. Vi har imidlertid funn fra en informant om hvordan dette kan løses. Den ene kommunen hadde blant annet innført e-post fra leder ved arbeidsukas slutt for en orientering fra uka som har vært.

Vi viser til Willumsen og Ødegård (2015) sin klassifisering i fire roller i de fleste kommunene. Hos mellomlederen skapes rom for innovasjon i dialog med enhetslederne og innovasjonsterminologi anvendes. Det viser og bekrefter funnene våre knyttet til strategiarbeid hos virksomhetsleder. Lederen er ikke i posisjon til å utvikle en strategi på virksomhetsledernivået (Willumsen & Ødegård, 2015).

Ifølge studien til Åmo (2015) er det sjefene som er mest opptatt av innovasjon. Nevnte studie trekker også fram at mellomlederne i offentlig sektor skiller seg ut med sitt kostnadsreduserende engasjement. Datainnsamlingen vår viser derimot ikke et nevneverdig fokus på det økonomiske aspektet i dette med innovasjoner. Det foregår imidlertid mye innovasjon i kommunehelsetjenesten ifølge informantene vi har intervjuet. Om mellomlederne er mer opptatt av innovasjon enn hva arbeiderne er, kan vi ikke svare på i denne undersøkelsen. Våre informanter har vist til engasjerte ansatte både på nivået over og under dem. Det er rimelig å tenke at mellomledere er avhengig av dette engasjementet fra de to nevnte nivåer. Vi la spesielt merke til søkelyset på det operative nivået. At det kommer ideer og forslag til nye måter å jobbe på, og at dette blir fanget opp av ledernivået, har flere positive sider. For det første bidrar det til bedre arbeidsmiljø. For det andre fremmer det bedre tjenester. På den måten blir arbeidet mer effektivt, og vi kommer inn på det med kostnadsbesparelser (Borins, 2002; Morris & Jones, 1999; Åmo, 2015, s. 58).

Vi skal nå gå i gang med å koble sammen Corporate Entrepreneurship og CE-modellen oppimot funnene våre.

5.2 Corporate Entrepreneurship (bedriftsinternt entreprenørskap)

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er organisasjonen rigget for å sikre at nye og nyttige ideer blir nyttiggjort?

I CE er det søkelys på å anerkjenne mulighetene og målet er innovasjon, forretningsytelse og verdiskaping (Åmo & Kolvereid, 2016). I vår oppgave, er det som tidligere nevnt mest nærliggende å se på kategorien strategisk entreprenørskap innenfor CE. Her fokuseres det på egenutvikling i eksisterende bedrift. Kommunehelsetjenesten må løpende tilpasse tjenesten til hva som etterspørres av tjenester. På den andre siden kan både ansatte og ledere utvikle tjenestene til det bedre for brukerne. Alle informantene trakk fram innovasjoner og hvilken belønning, motivasjon og betydning det gav, når tjenesten de leverer forbedres. Utvikling av det sykepleierfaglige ble trukket fram som et tydelig funn og motivasjonsfaktor ved nyskaping, slik det er støttet av Jacobsen og Thorsvik (2013).

Organizational rejuvenation (organisatorisk foryngelse) er en kategori innenfor strategisk entreprenørskap og kjennetegnes av at det foregår små endringer innenfor sitt ansvarsområde. Innovasjonen kan enten være initiert av de ansatte eller av ledelsen. I CE-prosessen er det i tillegg en rekke kontekstuelle spørsmål. Ulike muligheter må hensyntas i organisasjonen, og det må avklares hvem av dem som skal følges opp. Informantene våre var opptatt av å fange opp ideer. Spesielt én informant presiserte at det er viktig ikke å avvise ideer, da slutter de å komme. De menneskelige ressursene er gjennomgående et viktig element i CE-prosessen. Muligheter utnyttes og organisasjonen styrkes gjennom innovasjon. Vi ser at den menneskelige ressursen er sentral og anerkjennes hos våre informanter også.

5.2.1 Topplederstøtte

Det å ha topplederstøtte har vist seg å ha stor betydning for innovasjonsarbeidet (Kuratko et al., 2014; Willumsen & Ødegård, 2015). Våre funn viser at informantene har god topplederstøtte. Gode lederteam, aktive ledere og nært samarbeid ble trukket fram som fungerende faktorer for sykepleierlederne.

Det er rimelig å tenke at hver kommune hadde en egen strategi for innovasjon for helse og omsorg. Det fant vi imidlertid ikke hos noen av dem. Vi fikk inntrykk av at innovasjonsarbeidet ikke var satt i system med en klar retning, men heller var basert på tilfeldigheter. Vi hadde forventet en bedre struktur på det med strategisk arbeid knyttet til innovasjoner og mer systematisk arbeid for å styrke innovasjonskompetansen blant personalet, noe som også er et funn.

Informantene svarte positivt om og trakk fram godt samarbeid med toppleder. De viste til god og løpende kommunikasjon og samhandling. En informant beskrev at toppleder var hakket foran. På den måten fikk vi bekreftet at topplederne er pådrivere for innovasjonsarbeid. Teorien belyser det samme og ser på topplederstøtte som sentralt i innovasjonsarbeidet (Kuratko et al., 2014; Willumsen & Ødegård, 2015). Innovasjonsstrategien derimot, manglet.

5.2.2 Selvbestemmelse

Selvbestemmelse i jobben er en positiv faktor i innovasjonssammenheng (Kuratko et al., 2014). Det at ansvar og myndighet delegeres trekkes fram som en styrke. Mellomlederne vi intervjuet, hadde handlingsrom til å endre innenfor gitt rammer og de delegerte ansvar. At mellomleder delegerer ansvar og myndighet nedover i organisasjonen, trekkes fram som positivt i teorien (Kuratko et al., 2014). Frihet innenfor gitte rammer synes viktig. Vi ser at medarbeiderinvolvering er en sentral del i mellomlederens innovasjonsarbeid. Dette kan forklares med at medarbeidere sitter på en unik kompetanse fra arbeidshverdagen når det gjelder arbeidsprosesser. Det at medarbeidere delegeres ansvar og kan arbeide selvstendig, gjør det rimelig å tenke at sykepleierlederen kan utnytte dette i sin jobb. Vi ser imidlertid at medarbeidere må ha den rette kompetansen og at de må ha tilgang til informasjon for at dette potensialet skal hentes ut på best mulig måte.

Selvbestemmelse har betydning for hva sykepleierlederen får gjort. Våre funn viser at handlingsrommet er innenfor informantenes budsjett. I hvor stor grad virksomhetene tåler fiasko, kommer innunder denne kategorien (Kuratko et al., 2014). Vi har ingen klare funn på hvorvidt virksomhetene vi forsket på, tåler dette. Vi hadde forventet å finne mer om hvordan sykepleierlederne jobber med dette. Dette kan ha sammenheng med at de manglet en begrepsbevissthet og en klar og tydelig strategi på innovasjonsarbeid.

5.2.3 Belønning

Kommunehelsetjenesten er ikke kjent for å være en sektor med romslige rammer. Svarene vi fikk under kategorien belønning, viste gjennomgående at det manglet ytre belønning. Det er rimelig å tenke at belønningssystemer i mange tilfeller handler om ressurstilgjengelighet. Ifølge teorien dreier dimensjonen belønning i CE-modellen seg om hvordan virksomheten belønner gründeraktivitet og om virksomheten har belønningssystemer som oppmuntrer til risikotaking. (Kuratko et al., 2014). Et tydelig funn innenfor belønning for ansatte, var når innovasjonen/endringen utgjorde noe for pasienten. Altså lå belønningen i utøvelsen av sykepleierfaget og i ytelsen for folket. Det bekrefter det samme som Jacobsen og Thorsvik

(2013) viser til. Helsearbeidere blir mest motivert når de ser at endringer/innovasjoner forbedrer tjenesten til pasienten.

Forskningen vår viser at innovasjoner kan belønnes med at det frigjøres mer tid til fagutvikling. Vi ser også at involvering i endringsprosesser trekkes fram som en gulrot. Det å kjøpes fri til fagdager er ifølge verneombud og tillitsvalgte en god nok belønning for de ansatte. En tredje måte, er å belønne ansatte ved å gi dem anledning til å vise seg fram, eksempelvis gjennom kunnskapsdeling. Vi ser at belønning ikke nødvendigvis trenger å føre til en ekstrakostnad. Sykepleierlederne brukte disse belønningssystemene i jobben sin. Forskningen vår viser videre at belønning like mye kan handle om det å få anerkjennelse, bli sett og oppmuntret til å komme med flere ideer. Funnene våre viser også belønning i form av styrket arbeidsmiljø, endrede arbeidsoppgaver, fagutvikling, fellesskap, skryt i media, resultater hos pasienten og anerkjennelse. Teorien igjen bekrefter at belønning er en sentral del i forbindelse med bedriftsinternt entreprenørskap for mellomledere og førstelinjeledere. (Kuratko et al., 2014)

På spørsmål om hvordan sykepleierledere oppmuntrer til risikotaking, svarer den ene informanten at det er viktig å ikke slå i hjel ideer, da slutter de å komme. På den måten sørger de for at dårlige ideer så vel som gode fanges opp, og at det gis tilbakemeldinger.

5.2.4 Ressurser

Den fjerde kategorien innenfor CE-prosessen, er ressurser. I forskningen vår, ble det ikke satt mye søkelys fra informantene på hva det koster å kjøpe nye systemer med videre. Vi ser at fokuset deres når det gjelder ressurser, heller tok for seg tiden det tar for ansatte å se potensialet i en innovasjon. På den måten får vi bekreftet det teorien viser, nemlig at tilgjengelig tid og tidsaspektet for ledere er viktig for å fremme gründeraktivitet (Kuratko et al., 2014, s. 4). Den ene informanten viste til at det lønner seg å bruke god tid. Det er gjerne en lang modningsprosess når noe skal endres, og at det av og til kan gå for fort. Det er derfor rimelig å tenke at tilgjengelig tid og god struktur på tid, er noe mellomlederne bør ha søkelys på når de jobber med innovasjon og utvikling.

En informant oppgir at hun har noen kroner å leke seg med fordi de har så lavt sykefravær. Sett med et kritisk blikk, kan dette bety at det kun er de vellykkede som får endret seg, mens virksomheter som er mislykket (les høyt sykefravær, mindre ressurser) ikke får til det på grunn av manglede ressurser.

De ressursene sykepleierlederne nevnte at de hadde var eksterne samarbeidspartnere, ansatte, finansiering, eksterne midler, velferdsteknologimidler og tid til utvikling. På den ene siden vitner det om at sykepleierlederne har flere ressurser å spille på. På den andre siden, finner vi at det mangler kompetanse på innovasjon og at det mangler midler til kulturbygging. Hvorvidt det påvirker jobben deres og i tilfelle i hvilken grad, skal vi være forsiktige med å trekke noen konklusjoner om.

Vi ser imidlertid at innovasjonskompetanse som ressurs med fordel kan etterspørres. Det er rimelig å tenke at dette kan løses ved å inkludere innovasjonskompetansen med i kravspesifikasjonene i forbindelse med rekruttering inn i ledige stillinger.

Den ene informanten oppgir at hun ikke har anledning til å samle hele ansattgruppa til felles fagdager slik som skoler og barnehager kan gjøre. Likevel får de til innovasjon, og det viser at man ikke trenger å ha et like sterkt fokus på alle dimensjonene i CE-modellen samtidig. Energien kan være forskjellig i ulike tidsdimensjoner.

5.2.5 Informasjonsflyt

Til sist i CE-prosessen kommer informasjonsflyt. Det at virksomheten oppmuntrer til innovativ atferd på tvers i organisasjonen, styrker innovasjonsevnen ifølge teorien. Det er imidlertid en klar fordel at innovasjoner behandles på en strukturert måte og i en målrettet prosess i organisasjonen for å unngå usikkerhet (Kuratko et al., 2014, s. 39). Vi ser i denne forskningen at informantene søker å få til en så bred informasjonsflyt som mulig. De viser til å ha faste strukturer når det gjelder informasjonsutveksling. Vi erfarte imidlertid at innovasjonsbegrepet var uklart. I informasjonsøymed kan det virke som det med fordel kunne vært jobbet med klargjøring av begrepet og innovasjonskompetanse som sådan.

I forbindelse med informasjon på tvers i organisasjonen, er det rimelig å tenke at et felles og kjent begrepsapparat når det gjelder innovasjon, styrker måten sykepleierledere jobber med innovasjon på. Som nevnt over, sier teorien at det er viktig å behandle innovasjoner på en strukturert måte og i en målrettet prosess i organisasjonen for å unngå usikkerhet. (Kuratko et al., 2014)

Informasjonsflyten foregikk på mange måter og mellom ulike nivåer ifølge informantene. Mangel på informasjon og for komplisert informasjon er også noen av våre funn. Våre informanter viser til at det tar tid å få til endringer. Ofte er ledere mange hakk foran de ansatte. Samtidig blir det aldri gitt nok informasjon, kommenterte den ene informanten. Det er

også rimelig å tenke at det å nå ut med informasjon til ansatte i turnus, er mer krevende enn om alle ansatte kun hadde jobbet på dagtid.

I denne forskningen ser vi at informasjon fra leder til ansatte vanligvis foregår via det lokale HMS-utvalget, personalmøter, ukeslutt per e-post, brev og ledelsens gjennomgang med flere. Det var også lagt godt til rette for informasjonsflyt mellom nivåene.

5.2.6 Medbestemmelse og medvirkning

Funn og erfaringer i denne oppgaven understøtter, slik vi ser det, viktigheten av medbestemmelse og medvirkning i arbeidslivet. Medarbeiderdrevet innovasjon har noen fortrinn og begrepet viser til en aktiv involvering av ansatte i innovasjonsprosessen (Willumsen & Ødegård, 2015). En viktig forutsetning for dette er en kultur hvor ansatte tør komme med forslag til forbedringer og hvor forslag fra lavere nivåer blir tatt på alvor (Åmo, 2006). Det er rimelig å tenke at våre funn i denne undersøkelsen legger til rette for nettopp dette. Vi ser derfor at ansatte blir en viktig bidragsyter for lederen i innovasjonsarbeidet og finner det naturlig å skille ut denne som en egen dimensjon kalt medbestemmelse.

5.2.7 Tidsdimensjonen

Vi har funn som viser at lederen er hakket foran og ikke alltid får med seg de andre i innovasjonsarbeidet. Medarbeiderne forstår ikke hvorfor det må gjøres endringer. Vi finner ikke at tidsdimensjonen dekkes av dette i CE-modellen (Kuratko et al., 2014), hverken i ressurs- eller informasjonsflytdimensjonen. Vi ser imidlertid at tiden ledelsen bruker, det at de er fremfor de andre, er av betydning i forbindelse med innovasjonsarbeidet. Spesielt blir dette tydelig når leder ikke får med seg medarbeiderne.

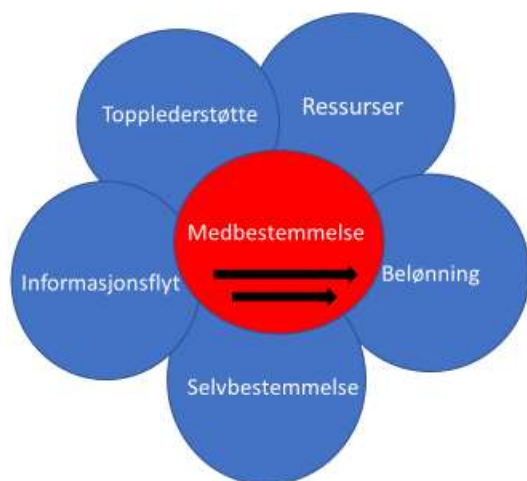
5.3 Oppsummering av analysekapitlet

I analysekapittelet har vi sett på tydelige funn forskningen vår har ført til og diskutert disse funnene opp imot de teoretiske perspektivene i oppgaven. Vi hadde forventet at informantene hadde mer fokus på innovasjon som begrep. Et annet funn er at en innovasjon kan være inkrementell på et tidspunkt og radikal på et annet tidspunkt. Vi finner at det er vanskelig å klassifisere innovasjonene og at de kategoriseres forskjellig ut ifra hvilket perspektiv de ulike aktørene har. Samtidig har tjenesteyterne en stor mulighet til å fange opp nye ideer til innovasjoner siden de er så tett på tjenestemottaker, men det mangler kompetanse på klassifisering av innovasjoner til å kommunisere dem til lederne. For øvrig påvirker både ansatte, ledere/politikere og pårørende til innovasjon. Det samme viser litteraturen. Vi finner

at mellomlederen har en sentral rolle i innovasjonsarbeidet, men at det mangler strategier i forbindelse med innovasjon for kommunehelsetjenesten.

Avslutningsvis i dette analysekapittelet vil vi oppsummere med vår egen modell basert på forskningen vår og diskusjonen opp imot de teoretiske perspektivene i oppgaven. I tillegg til de fem dimensjonene i CE-modellen, finner vi at medbestemmelse og tidsdimensjonen er sentrale dimensjoner for jobben mellomlederne gjør med innovasjoner. Figuren under består av fem blå sirkler og illustrerer de fem dimensjonene i CE-modellen (Kuratko et al., 2014). I tillegg til de fem sirklene, har vi tegnet en rød sirkel i midten. Den består av dimensjonen medbestemmelse. Vi ser at ansatte blir en viktig bidragsyter for lederen i innovasjonsarbeidet og finner det naturlig å løfte fram denne dimensjonen med en rød sirkel midt i.

Tidsdimensjonen er en annen dimensjon vi ikke finner at dekkes i CE-modellen. Lederne ligger gjerne noen hakk foran og det krever tid å få med seg medarbeiderne på endringer. For å illustrere dette har vi tegnet to piler inne i den røde sirkelen, en pil litt større enn den andre. Den ene pilen symboliserer lederne som har kommet lengre i prosessen, mens den andre pilen symboliserer de ansatte som henger litt etter. Vi finner at for å få til medbestemmelse må lederne være klar over denne tidsdimensjonen. Det ble derfor naturlig å tegne disse pilene inne i medbestemmelsessirkelen i figur 5:



Figur 5 Modell utledet av konklusjon

6 Konklusjon

Målet vårt i masteroppgaven er å forsøke å svare på problemstillingen med utgangspunkt i teori, resultat fra forskning, forskningsspørsmålene og analysen av datainnsamlingen vår. Vi gjentar problemstillingen:

«Hvordan jobber sykepleierledere med innovasjon i kommunehelsetjenesten?»

Våre observasjoner peker i retning av at selve begrepet innovasjon blir lite brukt. Funnene våre viser at det er lite kjennskap til innovasjonsbegrepet blant sykepleierledere i kommunehelsetjenesten. Vi erfarer at andre ord som nyskaping, nytenkning og små endringsprosesser er mer i bruk og mer kjente begreper enn det begrepet innovasjon er. Like fullt oppfatter vi at det foregår mye innovasjon i det som informantene benevner som endrings- og forbedringsprosesser. Det kan tyde på at mer kompetanse og klargjøring av innovasjonsbegrepet kan ha en positiv effekt for innovasjonsarbeidet til sykepleierlederen og de øvrige ansatte i organisasjonen. Det er heller ikke utenkelig at begrepet «sosial innovasjon» (Willumsen & Ødegård, 2015) hadde vært et mer forståelig og lettere begrep å kommunisere.

Vi finner at ingen av kommunene som våre informanter er ledere i har utarbeidet en strategi i forbindelse med innovasjon for kommunehelsetjenesten. Det kan ut fra denne undersøkelsen tyde på at en klarere strategi hadde vært positivt, fornuftig og retningsgivende for sykepleierlederne vi har forsket på. De vi snakket med var ikke i posisjon til å utvikle en strategi på virksomhetsnivået, men kunne ha påvirket sin leder som sitter på strategisk nivå til å få utarbeidet en slik strategi. Vi har funnet ny litteratur av Marques, Valente og Lages (2018) som sier at ledere bør prioritere innovasjonsfremmende dimensjoner når de legger sine lederstrategier (f.eks. støtte, selvbestemmelse, belønning, ressurser og fornuftige prosedyrer). Dette mener vi er viktig også for sykepleierledere i kommunehelsetjenesten.

Vi erfarer i denne undersøkelsen at det er vanskelig å klassifisere innovasjoner fordi man ser resultatet av innovasjonen i ettertid. Mange av innovasjonene informantene snakket om, omtalte de som relativt små og kunne vært kategorisert som bricolage eller inkrementelle, men når disse legges sammen og sees som en helhet, ser vi at de fort kan kalles for radikale for tjenesten (Fuglsang & Sørensen, 2011; Tidd & Bessant, 2009). Det viser at det er vanskelig å sortere de ulike innovasjonene det vises til i denne undersøkelsen. Vi planlegger en innovasjon for fremtiden, men resultatet av innovasjonen ser vi kun i ettertid. At

tjenesteyter og tjenestemottaker (pasienten) er så tett på hverandre når tjenester ytes, gjør at de kan kommunisere om hva som fungerer og hva som må gjøres annerledes. På den måten kan den ansatte ta med ideer tilbake til leder, noe som vanskeliggjøres siden det virker å være liten kunnskap om klassifisering av innovasjoner i våre informanternes organisasjoner.

Vi finner ikke at vår tidsdimensjon, hvor ledere ligger hakket foran de ansatte, dekkes i CE-modellen (Kuratko et al., 2014). Hverken ressurs- eller informasjonsflytdimensjonen i CE har denne tidsdimensjonen i seg. Vi ser imidlertid at tidsdimensjonen er av betydning når lederne jobber med innovasjoner. Det å få med seg medarbeiderne på endringer tar tid og lederne ligger gjerne noen hakk foran, noe som skaper utfordringer med kommunikasjonsflyt, engasjement og endringsvilje.

Funn og erfaringer i denne oppgaven understøtter, slik vi ser det, viktigheten av medbestemmelse i arbeidslivet. Vi ser at ansatte blir viktige bidragsytere for lederne i innovasjonsarbeidet og finner det naturlig å løfte fram denne dimensjonen. Alle informantene oppgir at egne ansatte er den viktigste kilden til nye ideer, og tar gjennomgående ansatte og de ansattes tillitsvalgte og verneombud med i sitt innovasjonsarbeid. De benytter allerede eksisterende fora som er opprettet i tråd med gjeldende lov- og avtaleverk. Dette mener vi viser at den norske modellen med trepartssamarbeidet er en egen dimensjon med tanke på CE i offentlig sektor i Norge.

Våre funn har gitt oss en forståelse av hvordan sykepleierledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. I tillegg til de fem dimensjonene i CE-modellen, har vi altså funn som viser at medbestemmelse i tillegg til tidsdimensjonen står sentralt for lederne i innovasjonsarbeidet. Ellers ser vi at alle fem dimensjonene i CE-modellen ikke trenger å ha et like sterkt fokus samtidig for å få til innovasjon.

6.1 Teoretiske implikasjoner

Vårt nye bidrag gjennom denne forskningen er vår nye modell som viser to nye dimensjoner i CE-modellen; medbestemmelses- og tidsdimensjonen. Disse viser at CE-modellen blir beriket av samarbeidet mellom ledere og ansattrepresentanter, og det er denne medbestemmelsesdimensjonen som blir mest påvirket av tidsdimensjonen. Dette ser vi ut fra informanten som hevdet at lederne hele tiden ligger et hakk foran de ansatte.

6.2 Praktiske implikasjoner

Vi forsøker å applisere den nye kunnskapen inn i en kontekst. Begrepene knyttet til innovasjon og CE-modellen er forsøkt forklart slik at disse lettere kan danne grunnlag for gode strategier for framtidig innovasjon. De ansatte trenger et begrepsapparat når de skal diskutere dette temaet med seg selv og kolleger, og når de presenterer nye ideer. Det de ikke har begreper om kan de ikke snakke om, og dermed blir de stående på stedet hvil. Ledelsen trenger det samme begrepsapparatet når de skal informere de ansatte om strategiske valg gjort i lederlinja, eller rapportere til sin leder på utførte innovasjoner. Med dette svarer vi ut *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, St.Meld. 29, 2012–2013) som etterlyser at kommunene trenger å styrke seg på nyskaping og innovasjon på en systematisk måte for å møte de utfordringene framtida byr på. Dette kan kommunene nå gjøre gjennom økt kompetanse på innovasjon, metodekunnskap og innovasjonsledelse slik at de evner å arbeide på tvers, tar politisk risiko og at medarbeiderne, innbyggere, brukere og organisasjoner involveres og engasjeres direkte.

6.3 Forslag til videre forskning.

Vi har noen forslag til videre forskning. Vi foreslår å forske på kommuner som har en innovasjonsstrategi og sammenligne dem med kommuner som ikke har det.

Et annet forslag er å sammenligne resultatene fra denne undersøkelsen med en annen næring, eller med noen kommuner som er mindre eller langt større i størrelse. Det hadde også vært interessant å se på kommuner med en helt annen inndeling av nivåer i lederlinjen, altså forske på ledere på strategisk nivå eller på operativt nivå.

Forskningen vår har bestått av kvalitative intervjuer på mellomledernivået. Med bakgrunn i vår konklusjon ser vi at de ansatte har en viktig rolle i møte med pasienten. Det kunne vært nyttig å inkludere ansatterepresentanter i undersøkelsen og se på problemstillingen fra deres perspektiv og er et annet forslag til videre forskning.

Det hadde også vært interessant å undersøke om mangelen av ideer fra politikere kommer av at de ikke ser mulige innovasjoner i kommunehelsetjenesten. Det kan også hende at ideer fra politikere ikke formidles videre av de administrative topplederne i kommunen, eller at de eventuelt presenterer ideene som administrasjonens egne. Det har vi ikke tatt inn i denne oppgaven, men er et annet forslag til videre forskning.

7 Litteraturliste

- Aasen, T. M. B. & Amundsen, O. (2015). *Innovasjonsarbeid : organisasjon, kultur og ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andersen, O. J., Gårseth-Nesbakk, L. & Bondas, T. (2015). *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting : vågal reise med behov for allierte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bloch, C. & Bugge, M. M. (2013). Public sector innovation - From theory to measurement. *Structural Change and Economic Dynamics*, 27, 133-145. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1016/j.strueco.2013.06.008>
- Borins, S. (2002). Leadership and innovation in the public sector. *Leadership & Organization Development Journal*, 23(8), 467-476. <https://doi.org/10.1108/01437730210449357>
- Bugge, M. M. & Skålholt, A. (2013). Smart velferd: Styringsparadigmer for innovasjon i kommunene. I T. Ringholm, H. Teigen, & N. Aarsæther, *Innovative kommuner*, (s. 53-70). Oslo: Universitetsforlaget.
- Covin, J. G. & Miles, M. P. (1999). Corporate Entrepreneurship and the Pursuit of Competitive Advantage. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 23(3), 47-63. <https://doi.org/10.1177/104225879902300304>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition). Los Angeles, California: Sage.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dess, G. G., Ireland, R. D., Zahra, S. A., Floyd, S. W., Janney, J. J. & Lane, P. J. (2003). Emerging Issues in Corporate Entrepreneurship. *Journal of Management*, 29(3), 351-378. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(03\)00015-1](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(03)00015-1)
- Eines, T. F. & Vatne, S. (2018). Nurses and nurse assistants' experiences with using a design thinking approach to innovation in a nursing home. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 425-431. <https://doi.org/10.1111/jonm.12559>
- Erichsen, M., Solberg, F. & Stiklestad, T. (2018). *Ledelse i små og mellomstore virksomheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Foyn, F. (2011). Innovasjon i offentlig sektor. *Rapporter*, 25/2011. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201125/rapp_201125.pdf
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and invisible innovation in public service innovation. *Journal of Innovation Economics & Management*, 5(1), 67-87. <https://doi.org/10.3917/jie.005.0067>

- Fuglsang, L. & Sørensen, F. (2011). The balance between bricolage and innovation: management dilemmas in sustainable public innovation. *The Service Industries Journal*, 31(4), 581-595. <https://doi.org/10.1080/02642069.2010.504302>
- Gjelsvik, M. (2007). *Innovasjonsledelse: ledelse av innovasjon og internt entreprenørskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013) *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Hornsby, J. S., Kuratko, D. F., Shepherd, D. A. & Bott, J. P. (2009). Managers' corporate entrepreneurial actions: Examining perception and position. *Journal of Business Venturing*, 24(3), 236-247. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2008.03.002>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Koch, P. & Hauknes, J. (2005). *On innovation in the public sector—today and beyond*. (Publin Report No. D20). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/226573/d20-innovation.pdf?sequence=1>
- Kunnskapsdepartementet. (1999) *Forskning ved et tidsskille* (St. meld. nr. 39 (1998-1999)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-39-1999-/id192405/>
- Kuratko, D. F., Hornsby, J. & Hayton, J. (2015). Corporate entrepreneurship: the innovative challenge for a new global economic reality. *An Entrepreneurship Journal*, 45(2), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s11187-015-9630-8>
- Kuratko, D. F., Hornsby, J. S. & Covin, J. G. (2014). Diagnosing a firm's internal environment for corporate entrepreneurship. *Business Horizons*, 57(1), 37-47. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2013.08.009>
- Kuratko, D. F., Ireland, R. D. & Hornsby, J. S. (2001). Improving Firm Performance through Entrepreneurial Actions: Acordia's Corporate Entrepreneurship Strategy. *The Academy of Management Executive* (1993-2005), 15(4), 60-71. <https://doi.org/10.5465/AME.2001.5897658>
- Kuratko, D. F., Montagno, R. V. & Hornsby, J. S. (1990). Developing an Intrapreneurial Assessment Instrument for an Effective Corporate Entrepreneurial Environment.

- Strategic Management Journal*, 11, 49-58. Hentet fra <https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/231058780?accountid=26469>
- Marques, C. S., Valente, S. & Lages, M. (2018). The influence of personal and organisational factors on entrepreneurship intention: An application in the health care sector. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 696-706. <https://doi.org/10.1111/jonm.12604>
- Morris, M. H. & Jones, F. F. (1999). Entrepreneurship in Established Organizations: The Case of the Public Sector. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 24(1), 71-91. <https://doi.org/10.1177/104225879902400105>
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (St. meld. nr. 7 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/sec1>
- Payne, G. & Williams, M. (2005). Generalization in Qualitative Research. *Sociology*, 39(2), 295-314. <https://doi.org/10.1177/0038038505050540>
- Porter, M. E. & Kolstad, H. (1992). *Konkurransefortrinn*. Oslo: Tano.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K. & Selbaek, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes.(Report), 23(1), 15. <https://doi.org/10.1111/jonm.12072>
- Rosemond, C., Hanson, L. C. & Schenck, A. P. (2010). Implementing Person Centered Care in Nursing Homes. *Journal of The American Geriatrics Society*, 58, 108.
- Sharma, P. & Chrisman, J. J. (1999). Toward a Reconciliation of the Definitional Issues in the Field of Corporate Entrepreneurship. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1177/104225879902300302>
- Steward, G. L., Manges, K. A. & Ward, M. M. (2017). Empowering Sustained Patient Safety: The Benefits of Combining Top-down and Bottom-up Approaches. *MedSurg Nursing*, 26(2), 104.
- Tidd, J. & Bessant, J. (2009). *Managing innovation : integrating technological, market and organizational change* (4th edition). Chichester: Wiley.
- Totcheva, C. Ø., Vedeler, J. S. & Slettebø, Å. (2019). Forutsetninger for vellykket sosial innovasjon i sykehjem: ledernes perspektiv – en kvalitativ intervjustudie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning [elektronisk ressurs]*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.7557/14.4645>

- Tyrholm, B. V., Kvangarsnes, M. & Bergem, R. (2015). Mellomlederes vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. I M. Kvangarsnes, J. I. Håvold & Ø. Helgesen (red.), *Innovasjon og entreprenørskap* (s. 174-187). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2015). *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Åmo, B. W. (2006). Employee innovation behaviour in health care: the influence from management and colleagues. *International nursing review*, 53(3), 231-237. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1111/j.1466-7657.2006.00455.x>
- Åmo, B. W. (2015). Innovasjonsatferd blant sjefer, mellomledere og arbeidere i offentlig og privat sektor : forskjeller og implikasjoner. I(s. s. 37-63). Bergen: Fagbokforlaget.
- Åmo, B. W. & Kolvereid, L. (2016). Corporate Entrepreneurship. I(s. 259-278). Bergen: Fagbokforlaget.

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene i forbindelse med masteroppgaven og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide Almli og Rotabakk

Vedlegg 3: Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) Personvern

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene i forbindelse med masteroppgaven og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:

” Hvordan jobber sykepleieledere med myk innovasjon i kommunehelsetjenesten?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan sykepleieledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å se på hvordan sykepleieledere jobber med innovasjon i kommunehelsetjenesten. Dette fordi det er forsket lite på innovasjon i offentlig sektor generelt, og spesielt lite på hva mellomledere i helsetjenesten gjør med innovasjon. Vår hovedproblemstilling er slik tittelen angir: *Hvordan jobber sykepleieledere med myk innovasjon i kommunehelsetjenesten?* Forskningsspørsmålene våre går både på leders kompetanse, hva som anses som innovasjon i kommunehelsetjenesten og hvordan organisasjonen er rigget for å sikre at nye og nyttige ideer blir nyttiggjort. Her ser vi særlig etter likhetstrekk med et fenomen kalt Corporate Entrepreneurship. Vi gjennomfører dette prosjektet som vår masteroppgave under studiet Master in Business Administration ved Nord Universitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Gjennom vår forhåndskjennskap til feltet, har vi gjort et utvalg hvor hovedkriteriet er en stor og en liten kommunehelsetjeneste. I tillegg ønsker vi å inkludere en kommune med utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie, og en kommune uten. Vi gjør dette for å kunne belyse temaet bredt fra to helt forskjellige typer informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi har valgt en metode som henter inspirasjon fra ulike kvalitative metoder, som Grounded Theory og case-studie. Rent konkret innebærer dette at vi ønsker å gjennomføre et intervju med våre informanter, på et sted som passer deg. Det er ønskelig å få ta lydopptak under intervjuet, i tillegg til skriftlige notater. Etter intervjuet vil vi skrive ned alt som blir sagt, og lydopptaket blir slettet. Informanten får utskriften til gjennomlesning og korrektur. Der vil du som informant ha mulighet til å endre hva du måtte ønske, slik at vi som forskere sitter igjen med en mest mulig korrekt beskrivelse av virkeligheten. Utskriftene vil bli lagret etter de krav som ligger til slik forskning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun oss studenter som vil ha tilgang til informasjonen om informantene og utskriften fra intervjuene. Navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli sikret bak kode, og lagret på Nord Universitets servere. Vi vil etter utskrift av intervjuet bruke tekstanalyseverktøyet NVIVO, med lisens fra Nord Universitet. I den endelige publikasjonen vil ikke deltakerne kunne gjenkjennes. Informantene vil bli omtalt anonymisert med evt. stillingstittel og liten eller stor kommune.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2020. Da vil alt datamateriale bli slettet og destruert. Datamaterialet vil kun bli brukt til denne studien.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord Universitet ved Bjørn Willy Åmo bjorn.w.amo@nord.no, 755 17 245
- Forsker og student Knut Jørgen H. Rotabakk 909 38 320 og June Almlie, student 950 85 804
- Vårt personvernombud: *[sett inn navn på personvernombudet hos behandlingsansvarlig institusjon]*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Knut Jørgen H. Rotabakk og June Almli
Prosjektansvarlige

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet **Hvordan jobber sykepleiereledere med myk innovasjon i kommunehelsetjenesten**, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

☐ å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.05.20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide Almli og Rotabakk

Intervjuguide Almli og Rotabakk

«Hvordan jobber sykepleierledere med myk innovasjon i kommunehelsetjenesten»

Formål: Formålet med intervjuet er å få intervjuobjektet til å dele erfaringer med innovasjoner i kommunehelsetjenesten.

Forskningsspørsmål 1: Har sykepleierledere som jobber mye med innovasjon i kommunehelsetjenesten formell lederutdanning?

Forskningsspørsmål 2: Hva anser sykepleierledere i kommunehelsetjenesten som myk innovasjon?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er organisasjonen rigget for å sikre at nye og nyttige ideer blir nyttiggjort?

Innledende spørsmål/forskningsspørsmål 1:

- Kan du fortelle litt om deg selv?
 - o Alder
 - o Utdanning
 - Lederutdanning? Evt. hvilken og når? (*Forskningsspørsmål 1*)
 - o Erfaring som sykepleier og leder
- Hvor lenge har du vært leder her i kommunen?
- Hvor jobbet du før du begynte i nåværende stilling?
- Hvor mange ansatte har du ansvar for?
- Hvordan er organisasjonskartet – hvem anser du som din toppleder?

Forskningsspørsmål 2:

- Hva gjør dere annerledes her nå i dag enn for ett år siden?
 - o Bruke ett av eksemplene for å belyse resterende spørsmål.
- Kan du fortelle om endringsprosessen?
 - o *Hvilken rolle hadde du?*
 - o *Hvor kommer ideen om å gjøre noe nytt fra?*

Forskningsspørsmål 3:

- *Topplederstøtte:*
 - Hvordan stiller toppledelsen seg til nyskaping i organisasjonen?
 - Hvordan inviterer sjefen deg inn i beslutninger?
 - *Finnes det noen strategi for innovasjon innenfor helse og omsorg her i kommunen?*
 - *Hva sier denne? Kan vi få en kopi?*
 - *Har toppleder tilpasset organisasjonen for å stimulere til nyskaping?*
 - *Hvordan kommuniserer toppleder denne strategien?*
 - Hva gjør du selv som leder for å få med deg de ansatte?

- *Selvbestemmelse i jobben:*
 - Hvilke beslutninger har du anledning til å gjøre i din jobb?
Myndighet og ansvar
 - Har du opplevd noen konflikter knyttet til nye måter å jobbe på?
 - Hvordan løste du disse?

- *Belønning:*
 - Hvordan motiverer du de ansatte til å bli med på nyskaping og påfølgende endringer?
 - Hvilke gulrøtter har du å lokke med?
 - *Hva slags belønning?*

- *Ressurser å spille på*
 - Hvilke ressurser har dere for å jobbe med nyskaping?
 - Hvordan er det med ressurser til å jobbe med nyskaping?
 - Har du mulighet til å gi de ansatte det de trenger for å jobbe med nyskaping?
 - Hva er utfordringene i forhold til ressurser?
 - *Har dere eksterne ressurser å spille på?*

- *Informasjonsflyt:*
 - I denne prosessen med å jobbe fram og innføre noe nytt; Hvordan klarer du å holde de ansatte orientert om hva som skjer?
 - Hvordan informerer de deg?
 - Hvordan er informasjonsflyten mellom deg og toppleder?

Avslutning

- Har du en sluttcommentar?

Meldeskjema 513136

Sist oppdatert

30.09.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertrедelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Hvordan fremmer sykepleierledere myk innovasjon i kommunehelsetjenesten?

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Ikke aktuelt.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Vi vil begrense mengden innsamlede personopplysninger til det som er nødvendig for å realisere innsamlingsmålet. Det vil bli lagret navn, kontaktinformasjon til informanter og ellers den dataen som kommer ut av intervjuene. Prosjektskissen er ikke helt klar, men vi kan ettersende den endelige utgaven når metododelen er ferdigstilt. Akkurat nå er denne registreringen ment for å undersøke om det er krav om å sende inn meldeskjema ifm . forskningen vår. Vi ettersender den endelige prosjektskissen vår så snart den er klar.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

June Almli, june.almli@ladebs.no, tlf: 95085804

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Bjørn Willy Åmo, bjorn.w.amo@nord.no, tlf: 75517245

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Sykepleierledere i kommunehelsetjenesten

Rekruttering eller trekking av utvalget

Vi rekrutterer selv i eget nettverk basert på de forskningsspørsmålene vi skal utarbeide.

Alder

23 - 67

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?**Personlig intervju****Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)
- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Det kan gjøres ved at de sender oss en e-post.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Den registrerte har krav på innsyn og kan få be om å få slettet opplysningen. Den registrerte kan få trekke seg. Dette nevnte kan gjøres ved å kontakte oss per mobiltelefon eller e-post.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?**Behandling**

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til opplysningene?

Nord Universitet

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Nei

Begrunn hvorfor personopplysningene oppbevares sammen med de øvrige opplysningene

Av praktiske grunner og av hensyn til at informasjonen i temaet i prosjektet vårt ikke handler om personsensitive opplysninger om andre.

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- Opplysningene krypteres under forsendelse
- Flerfaktorautentisering

Varighet

Prosjektperiode

25.06.2019 - 15.05.2020

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Informasjonsskrivet og intervjuguiden er lastet opp.
Mvh June Almli og Knut Jørgen Rotabakk.

NSD Personvern

04.10.2019 15:47

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 513136 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 04.10.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)