

Innovasjon i helsesektoren

Av
Frank Rønning

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i
København og
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden
Master of Knowledge Management
(Master i Kunnskapsledelse)
2010



SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR-/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): FRANK RØNNING

Tittel: INNOVASJON I HELSESEKTOREN

Studieprogram: MASTER I KUNNSKAPSLEDELSE

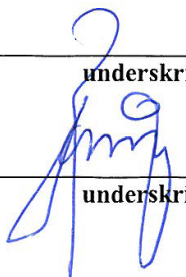

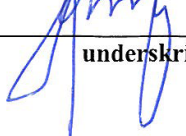
Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: _____

Dato: OSLO, 22.08.2010


underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

Forord:

Innovasjon i helsesektoren er en masteravhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole i september 2010. Avhandlingen danner avslutningen på et 2-årig studium i kunnskapsledelse i regi av Handelshøjskolen i København, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

I mitt arbeid som ansatt i en kunnskapsbedrift, var jeg på leting etter en utdanning som kunne gi meg adgang til en utvidet verktøykasse for å forstå overordnede teoretiske begreper og systemer man jobber under i et slikt kunnskapsmiljø. Jeg hadde også satt meg fore at en slik utdanning måtte være en forlengelse av den tidligere utdanningen jeg var i besittelse av innen informatikk, økonomi, psykologi og epidemiologiske emner. Studiet *Master i Kunnskapsledelse* ga meg akkurat det jeg søkte.

I avhandlingen redegjør jeg for overordnede politiske styringssignaler, policy-dokumenter og handlingsplaner for utvikling av en innovativ helsesektor i Norge. Jeg har vært alene om arbeidet, og det er en merkbar merbelastning å skulle skrive en masteravhandling i tillegg til full jobb som innehar mye reisevirksomhet og ansvar på et høyere organisatorisk plan. I tillegg har skrivingen av avhandlingen blitt avbrutt av alvorlig og terminal kreftsykdom i nær familie. Problemer oppstod også ved at forankring av avhandlingen i min organisasjon ikke ble helt det man hadde blitt forespeilet. Dette betød blant annet at intervjuundersøkelse ikke kunne bli gjennomført på tenkt måte, ei heller ble optimal. Mer om dette kan leses i kapittel 5.

Jeg ønsker å takke veileder Harald Ness for å ha vært tålmodig med meg som student, og for at han virkelig har stilt opp i innspurten min. I tillegg må jeg takke min far Nils som har sørget for å motivere og presse meg til å komme gjennom master-studiet, min mor Barbara for noen siste minutters setningsoppbygninger og min nå avdøde svigerfar for at han orket å høre på alle mine argumenter omkring tema og teori i studiets gang. Ikke minst må jeg takke for tålmodigheten til min kjære kone Nicole og min datter Paulina. Uten deres støtte tror jeg det hadde blitt vanskelig å gjennomføre både masterstudiet og avhandlingen.

Oslo, september 2010

Frank Rønning

Sammendrag

Norge har et helsevesen av forholdsvis høy internasjonal standard og også en god medisinsk industri, både med lokal og internasjonal forankring. For å takle alle utfordringer med en stor andel aldrende befolkning, samhandling, organisatorisk- og politisk struktur og liknende kreves det at helsesektoren finner innovative løsninger som både kan gjøre helsesektoren bedre og samtidig produsere framgangsrike selskaper.

Men hva slags overordnede styringssignaler ligger til grunn for innovasjon i helsesektoren, og hvordan påvirker disse signalene handlingsplaner og policy-dokumenter for innovasjonstenkning? Det kan synes som at helsesektoren er en utappet kilde til innovasjon, og det er lett å spørre seg spørsmål om hvorfor vi ikke har mer innovasjon i denne sektoren.

Gjennom de siste 6 til 10 årene har det kommet flere overordnede styringssignaler for innovasjon i Norge, og i denne avhandlingen har jeg valgt å se hva slags overordnede styringsdokumenter som ligger til grunn for innovasjon og innovasjonstenkning i helsesektoren, og på grunnlag av dette har jeg prøvd å svare på spørsmålet om det *er rom for innovasjon i helsesektoren?*

Teoretisk forankring baserer seg på litteratur fra blant annet studiet Master i Kunnskapsledelse, og her har jeg tatt fram teori på innovasjon, og relevant teori som knytter kunnskapsledelses-aspektet opp mot innovasjon, herunder taus kunnskap.

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for å svare på denne problemstillingen. Dette innebar å gjøre en dokumentanalyse av relevante dokumenter fra det offentlige Norge og tilnyttede aktører som Norges Forskningsråd, Innovasjon Norge og så videre. I tillegg gjennomførte jeg intervjuundersøkelser med informanter som hadde forankring i Kreftregisteret, legemiddelindustrien (knyttet til Oslo Cancer Cluster) og ved helseforetak i Helse Sør-Øst.

I denne studien fant jeg at de overordnede styringssignalene som mal for handlingsplaner og policy-dokumenter er velmente, men at de kan oppfattes som litt vel fragmenterte og for orientert mot verdiskapning for det private næringslivet. Disse handlingsplanene skiller også for lite på forskning og innovasjon, og bruker begrepet innovasjon mer som et mål på høy forskningsaktivitet enn innovasjon og verdiskapning.

Avhandlingen konkluderer med at helsesektoren er en stor utappet kilde til innovasjon, og det ligger et stort potensial for videre arbeid med både handlingsplaner og styringssignaler. Det er godt rom for innovasjon i helsesektoren, og det er mye å hente, blant annet ved bedre samarbeid på innovasjonsarenaen, og ved bedre samhandling generelt i helsesektoren.

Innhold

1.	Innledning og problemstilling.....	7
1.1	Hovedutfordringer i helsesektoren.....	8
1.2	Avgrensning av det empiriske feltet.....	10
1.3	Hvor vil jeg med denne oppgaven?.....	10
1.3.1	Faglig og teoretisk tilnærming.....	11
1.3.2	Hvilken litteratur gjennomgås?.....	11
1.3.3	Utforming og opplegg for mine egne undersøkelser (intervjuer).....	11
1.4	Valg av problemstillingen.....	12
1.5	Avhandlingens oppbygning.....	13
2.	Teori.....	15
2.1	Teorier om innovasjon og entrepenørskap.....	15
2.1.1	Innovasjon vs. kreativitet, oppfinning og vitenskap.....	15
2.2	Noen sammenhenger mellom kunnskapsledelse, innovasjon og entrepenørskap.....	17
2.3	Taus kunnskaps (tacit knowledge) betydning for innovasjon.....	19
2.3.1	Taus kunnskap.....	19
2.3.2	Taus kunnskap og innovasjon.....	22
2.4	Oppsummering.....	23
3.	Vitenskapsteoretiske betraktninger og metode.....	24
3.1	Kvantitative kontra kvalitative metoder.....	24
3.2	Reliabilitet og validitet.....	25
3.3	Kvalitativ metode.....	25
3.3.1	Metode for innholdsanalyse av dokumenter.....	27
3.3.2	Kvalitativ intervjumetode.....	31
3.4	Aksjonsforskning som overordnet tilnærming.....	33
3.4.1	Kritiske betraktninger omkring aksjonsforskning.....	35
3.4.2	Utfordringer som aksjonsforsker.....	36
3.4.3	Gjennomføring av et aksjonsforskningsprosjekt.....	37
	Kobling av aksjonsforskning til avhandlingens forskningsspørsmål.....	38
3.5	Oppsummering.....	38
4.	Aktører som empirisk felt.....	39
4.1	Om Kreftregisteret og dets overordnede organisering.....	39
4.2	Om Oslo Cancer Cluster (OCC).....	43

4.3 Om Comprehensive Cancer Center (CCC)	44
4.4 Innovasjon Norges rolle i innovative prosjekter for helsesektoren	45
4.5 Oppsummering.....	46
5. Empiri fra dokumenter og tekster.....	47
5.1 Dokumenter og programmer	47
5.1.1 Politiske styringssignaler og organisering av innovasjon	47
5.1.2 Handlingsplanen for utvikling av innovasjon i Norge.....	49
5.1.3 Helsedepartementets-dokumenter om innovasjon i helsevesenet/helsesektoren.....	49
5.1.4 Norges Forskningsråd.....	50
5.1.5 Innovasjon Norge	50
5.1.6 InnoMed	51
5.1.7 Fagkunnskap og kompetanse.....	51
5.2 Oppsummering - Funn fra dokumentanalyser	53
6. Dataframstilling og analyse	56
6.1 Gjennomføring av dokumentanalysen.....	56
6.2 Gjennomføring av egen intervjuundersøkelse.....	56
6.2.1 Intervjuer.....	56
6.2.2 Problem ved egne undersøkelser.....	57
6.3 Analyse	58
6.3.1 Forskningsspørsmål 1:.....	58
Hvilke overordnede politiske/offentlige styringssignaler om innovasjon er gitt?	58
6.3.2 Forskningsspørsmål 2:.....	61
Hva slags effekt har policy-dokumenter og programmer for innovasjon i helsesektoren?	61
6.3.3 Forskningsspørsmål 3:.....	63
På hvilken måte kan Kreftregisteret i et CCC virke for bedre innovasjon i OCC?	63
6.4 Er det rom for innovasjon i helsesektoren?.....	67
7. Oppsummering.....	69
7.1 Refleksjoner over egen læring	69
7.2 Problemstilling	70
8. Litteratur	72
Tabeller.....	75
Figurer	76
Vedlegg: Intervjuguide	77

1. Innledning og problemstilling

Med over 300.000 ansatte og investeringer på godt over 150 milliarder er det norske helsevesenet muligens en av Norges største utappede kilde for innovasjon.

Norge har en av verdens dyreste helsevesen, med enorme akkumulerte driftsunderskudd, samtidig som det bare er rangert på 7. plass med hensyn til kvalitet. Mye av dette bunner nok i at det er veldig komplekse organisasjoner og strukturer med mange og smale fagsøyler med voksende kunnskapsmengde, datamengde og informasjonsinnhold.

Det er også ledelsesmessige utfordringer på alle nivåer, fra sykehusposten til avdelingene til foretaksnivå. Det er et stort samhandlingsbehov, som ikke nødvendigvis passer inn i foretaksmodellen hva angår for eksempel lokalsykehusfunksjonene. Etter overgangen til foretaksmodellen i spesialisthelsetjenesten dukket det imidlertid opp muligheter som ikke har vært til stede før, blant annet en ekstensiv mulighet til samarbeid og å tjene 'egne' penger på forskning og utvikling. Innovasjon blir plutselig et ord som for mange foretak blir gangbar mynt ved at man har muligheter til et mer utstrakt samarbeid med industrien og samtidig har mulighet til å tjene på dette i form av blant annet bedre helsetjenester.

Norge har et helsevesen av forholdsvis høy internasjonal standard og også en god medisinsk industri, både med lokal og internasjonal forankring. For å takle alle utfordringer med en stor andel aldrende befolkning, samhandling, organisatorisk- og politisk struktur og liknende kreves det at helsevesenet finner innovative løsninger som både kan gjøre helsesektoren bedre og samtidig produsere framgangsrike selskaper. Samtidig som ny forskning gir grunnlag for bedre medisinsk forståelse er man på alle nivåer i helsesektoren i høy grad opptatt av å forstå hvilke behov både personale og pasienter ønsker tilfredsstilt. Ny teknologisk og vitenskapelig kunnskap, sammen med ny forståelse av brukerne av helsesektorens behov utgjør et stort potensial for innovasjoner i en synergi mellom helseforetak, næringsliv og marked. Antallet aktører i denne bransjen utgjør i seg selv et stort potensial, da helsesektoren er blant de største sektorene i Norge, og hele befolkningen er bruker i form av å være eksisterende og potensielle pasienter.

Innovasjonsbegrepet forstås ulikt i de forskjellige miljøer det benyttes, og ulikheten og sammenhengene mellom forskning og innovasjon er ikke entydig. De fleste definisjoner

som er benyttet i forskjellige policy-dokumenter og programbeskrivelser for innovasjon i helsesektoren inneholder en forutsetning om verdi/verdiskapning eller nytte for brukerne, men de aller færreste nevner faktisk kommersiell verdi for næringslivet. Samtidig vil et vellykket forskningsresultat kunne få positiv effekt på pasienter uten involverement fra kommersielle aktører. Et næringsliv vil i første hånd være interessert i å utnytte potensialet for innovasjon i sektoren ut fra kommersielle og økonomiske motiver.

Siden jeg jobber i noe man i helsesektoren på mange måter kan se på som en 'støtte-enhet', har jeg ofte undret på hvorfor det for meg synes som det er lite innovasjon i helsesektoren. Jeg vet jo at det innenfor basal-forskningen, spesielt opp mot kreftområdet, foregår mye, men med potensialet som helsevesenet som sådan har, virker dette som kun en liten del av utnyttelse av innovasjoner og stimulering til innovasjon. Det kan være mange grunner til dette; blant annet kan strammere økonomiske rammer blant helseforetak være én grunn, mens andre grunner kan være det offentliges vegring mot industrielt samarbeid på private aktørers område, som for eksempel opp mot legemiddelindustrien.

I neste avsnitt vil jeg si litt om hovedutfordringer i helsesektoren, og vil videre si litt mer om avhandlingens tema, avgrensninger og metodevalg jeg har gjort. Jeg vil deretter si litt om avhandlingens oppbygning.

1.1 Hovedutfordringer i helsesektoren

Hovedutfordringer for framtidens helsesektor er beskrevet i bl.a. Samhandlingsreformen (HOD, 2009) og Nasjonal helseplan 2007-2010 (HOD 2006). Et av reformens hovedpoeng er at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover, og i Nasjonal helseplan pekes det også på at samhandling innad og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester kanskje er den største utfordringen helsetjenesten står overfor.

Pasientansvar er lagt til ulike institusjoner og nivå der spesialisthelsetjenesten er de regionale helseforetakenes ansvar, mens kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenesten. En av utfordringene er derfor å ivareta pasienten når ansvaret flyttes mellom forskjellige nivå eller i ulike organisasjoner, fordi

en effektiv og kvalitetssikret pasientbehandling forutsetter utstrakt og krevende samarbeid på tvers og på langs av disse skillelinjene (HOD 2009). En særdeles viktig utfordring er informasjonsflyt, og da særskilt når det kommer til prøveresultater og epikriser og å sikre at journaler er fullstendige og har høy tilgjengelighet. Samhandlingsreformen vil videre endre relasjoner for samarbeid og arbeidsfordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og det vil kreve utdanning av helsepersonell som kan møte de nye utfordringene.

Videre sier Samhandlingsreformen at det er et mål at flere av helsetjenestene skal foregå i nærheten der pasientene bor, noe som i mange tilfeller vil bety å flytte oppgaver til andre og lavere nivå i helsetjenesten. Lokalsykehusene skal kunne tilby pasientene innen de store pasientgruppene utredning og diagnostisering, og henvise videre de som trenger mer spesialiserte tjenester (HOD 2009).

Andre utfordringer er livsstilssykdommer som påfører samfunnet og helsetjenesten store utgifter. Det er derfor et mål for departementet å utvikle tilbud og metoder til personer som trenger hjelp til å blant annet endre levevaner. En mye større andel av eldre vil kreve mye av både helse- og omsorgssektorene. Endring av tjenester som gjør at eldre skal kunne håndtere sine diagnoser og bo hjemme så lenge som mulig vil kunne avlaste alle nivå av helsetjenesten.

Den siste utfordringen jeg ønsker å nevne er de store avstandene i deler av helse-Norge som gir veldig høye reisekostnader, og kostnadmessig er forskjeller mellom de forskjellige helseregionene store: For eksempel så blir hver tredje krone brukt til transport i spesialisthelsetjenesten, benyttet i region nord. I statsbudsjettet for 2007 (FD 2007) ble det budsjettet med at 1,2 av totalt 9,7 mrd kroner (ca. 12 %) til spesialisthelsetjenesten skulle brukes til transport. I de fleste helseregioner og helseforetak er det en presset økonomisk situasjon, og det jobbes hele tiden med kostnadsreduksjoner og da spesielt for reisekostnader. Bruk av IKT til varierende formål som undersøkelser, monitorering og opplæring vil i mange tilfeller føre til at pasienter (og personell) i mindre grad har behov for reiser til regionaliserte sykehus og dermed få redusert både kostnader og reisetid, da mye kan gjøres med telemedisin ved lokale

sykehus. Dette kan også være et effektivt tiltak i mer sentrale strøk også; selv om avstandene ikke er store, vil reisetida likevel kunne være betydelig.

Gitt det jeg har nevnt over, sitter jeg igjen med en undring om potensialet til innovasjon i helsesektoren er godt nok. Vi har et godt helsevesen, og vi har mange utfordringer utover økonomiske og administrative aspekter. Med disse utfordringene skulle man anta at en stimulert innovasjonarena ville ha avstedkommet mange gode løsninger og innovative ideer og produkter. Likevel ser det ikke ut som det er slik. Virkemidler for å møte disse utfordringene ville ha vært en god vei å gå, og ville nok ha økt innovasjonstakten i helsesektoren.

Mitt spørsmål er om det er laget slike virkemidler og om disse har en effekt på helsesektoren? Slik jeg ser det fra mitt ståsted som ansatt i en institusjon som vil kunne være en stor og god støttespiller for innovasjon på kreftområdet, er det i så fall lite av disse virkemidlene å spore. Hvorfor er det slik? Er det fordi politiske styringssignaler er vanskelig å omsette i en praktisk hverdag? Er det økonomiske rammer som gjør at jeg ikke ser noe til insentiver til innovasjon i området rundt meg? I avsnittet valg av problemstillingen vil jeg komme nærmere inn på diskusjonen.

1.2 Avgrensning av det empiriske feltet

Det empiriske feltet jeg har tatt med i denne avhandlingen har jeg begrenset til å være de overordnede styringsdokumentene for innovasjon gitt av storting og regjering gjennom de siste 6 år. I tillegg har jeg tatt for meg et utvalg av aktører som jeg mener er viktige å ha med for å forstå svarene jeg gir på noen av spørsmålene jeg stiller.

1.3 Hvor vil jeg med denne oppgaven?

Jeg ønsker å si noe om innovasjon i helsesektoren og eventuelt hvorfor vi ikke har større grad av innovasjon innen det norske helsevesenet, og hva som eventuelt må til for å lykkes. For denne master-avhandlingen, vil jeg også ta utgangspunkt i Kreftregisteret,

som er 'min' organisasjon, og Oslo Cancer Cluster (OCC), for å forsøke å svare på det som blir min problemstilling.

Jeg ønsker å avklare begrepene som jeg kommer til å benytte i teori-delen, det vil si definere hva innovasjon er, og deretter drøfte/analyserer forskningsspørsmålene og problemstillingen på grunnlag av dette.

1.3.1 Faglig og teoretisk tilnærming

I metode-delen vil jeg også belyse aksjonsforskning og kvalitativ metode for å skape et datagrunnlag som kan behjelpe drøfting og analyse av problemstillingen. Drøfting og analyse vil være på grunnlag av intervjuer gjort, samt på offentlig tilgjengelig dokumentasjon beskrevet senere i oppgaven.

1.3.2 Hvilken litteratur gjennomgås?

I all hovedsak ble litteratur fra offentlige publikasjoner gjennomgått for å danne et datagrunnlag.

Data til belysning av de politiske styringssignaler for innovasjon er samlet inn ved å gjøre litteratursøk i offentlige publikasjoner, publikasjoner fra departementene, konsulentrapporter og webpublikasjoner til statens apparat og virkemidler for innovasjon i Norge (som for eksempel Innovasjon Norge og Forskningsrådet)

Data til belysning av policy-dokumenter og styringsdokumenter for innovasjon i helsesektoren er samlet inn på samme måte.

Jeg vil gjøre en diskusjon av forskningsmetode, feilkilder, validitet og relevans i kapittel 3.

1.3.3 Utforming og opplegg for mine egne undersøkelser (intervjuer)

I kapittel 2 tar jeg for meg den teoretiske basen for intervju som metode, og også hvordan jeg gikk fram for å gjøre intervju-undersøkelsene. Jeg vil i kapittel 5 ta for meg

de problemene jeg praktisk fikk med intervjuene. Sist i denne avhandlingen ligger også selve intervju spørsmålene som ble stilt (intervjuguide).

1.4 Valg av problemstillingen

Som nevnt ovenfor så ønsker jeg med denne master-avhandlingen å prøve å si noe om innovasjon i helsesektoren og eventuelt hvorfor vi ikke har større grad av innovasjon innen det norske helsevesenet, og hva som eventuelt må til for å lykkes.

Med en helsesektor som Norge har, burde det være et enormt potensial for innovasjon. Utad virker det derimot som om det kun er på noen få fagområder innen helse at det forekommer innovasjon i betydningen av nyskaping. Da jeg som arbeidstaker i helsesektoren, på et 'støttefelt', begynte å tenke tanker omkring innovasjon på feltet, innså jeg at stimulering og oppmuntring til å tenke innovasjon i sektoren var veldig fraværende. Jeg ønsker med denne studien å gi en oversikt over noen av de tiltak og stimuleringer som ligger fra det offentliges side, men som på mange måter ikke kommer fram til miljøene som ville ha vært naturlig å stimulere til økt innovasjonstenking.

For denne master-oppgaven, ønsker jeg å ta utgangspunkt i Kreftregisteret, som er 'min' organisasjon, og Oslo Cancer Cluster (OCC), for å forsøke å svare på det som blir min problemstilling.

Er det rom for innovasjon i den norske helsesektoren?

For å understøtte problemstillingen, og svare på denne vil jeg stille tre spørsmål, to som dreier seg om styringsdokumenter og stimuleringer fra det offentlige Norge, og et som tar utgangspunkt i relasjonen mellom Kreftregisteret og OCC. En nærmere beskrivelse av OCC kommer senere i avhandlingen.

Som ansatt i Kreftregisteret, har jeg som tidligere nevnt undret meg over det tilsynelatende fraværet av innovasjon i helsesektoren, samtidig som jeg ser på egen organisasjons potensial for å kunne være en pådriver for innovasjon i helsesektoren, da spesielt inn mot kreftområdet.

De tre spørsmålene jeg ønsker å se nærmere på er som følger:

Forskningsspørsmål 1:

- Hvilke overordnede politiske/offentlige styringssignaler om innovasjon er gitt for offentlig sektor og næringsliv?

For å svare på dette spørsmålet vil jeg redegjøre for og drøfte det offentliges styringsdokumenter, i all hovedsak representert ved Statsbudsjettene og den såkalte 'Innovasjonsmeldingen'.

Forskningsspørsmål 2:

- Hva slags effekt har policy-dokumenter og programmer for innovasjon i helsesektoren?

For å svare på dette spørsmålet vil jeg redegjøre for og drøfte de policy-dokumenter og styringsdokumenter som ligger til grunn for helsesektoren spesielt.

Forskningsspørsmål 3:

- vil Kreftregisteret i et Comprehensive Cancer Center bidra bedre til innovasjon for OCC?

For å svare på dette spørsmålet vil jeg benytte egen empiri fra intervju-undersøkelser foretatt blant objekter knyttet til disse institusjonene.

Ved å analysere disse spørsmålene med hjelp av aksjonsforskningstilnærmingen herunder bruk av tekstanalyse og intervjuer, vil jeg forsøke å svare på problemstillingen jeg har kommet fram til.

1.5 Avhandlingens oppbygning

Avhandlingen er bygget opp ved at jeg i teori-delen ønsker å avklare begrepene som jeg kommer til å benytte, det vil si definere hva innovasjon er i kapittel 2. I tillegg ser jeg i dette kapitlet på sammenhenger mellom kunnskapsledelse, innovasjon og

entreprenørskap, samt Taus kunnskap og innovasjon. Jeg vil deretter se på vitenskapsteoretiske betraktninger og metode i samme kapittel 3. Her vil jeg gjøre en diskusjon av forskningsmetode, men også framgangsmåter ved de metodene jeg har valgt. Jeg har også her skrevet inn en del om aksjonsforskning som tilnærming, fordi jeg i denne oppgaven ser at det kan være hensiktsmessig å benytte aksjonsforskningstilnærmingen for å se på helheten av problemstillingen. Med det mener jeg at aksjonsforskning gir et bra overbygg for å benytte meg av, og sy sammen analysen, basert på flere metode-tilnærminger. I kapittel 4 ser jeg på aktørene som jeg finner relevant for å si noe om problemstillingen utover det offentliges styringsdokumenter for innovasjon. I kapittel 5 ser jeg på empiri fra dokumenter og tekster. I kapittel 6 tar jeg for meg dataframstilling og analyse og søker å svare på forskningsspørsmålene. Her vil jeg også se på intervjuundersøkelsen jeg gjennomførte for avhandlingen. I kapittel 7 oppsummerer jeg.

2. Teori

2.1 Teorier om innovasjon og entrepenørskap

2.1.1 Innovasjon vs. kreativitet, oppfinning og vitenskap

Jeg vil forsøke å definere begrepene som vanligvis benyttes i sammenheng med innovasjon. Tankerekkefølgen er å avgrense begrepet innovasjon, og distansere dette begrepet fra andre mye brukte ord på dette:

- Kreativitet bringer nye tanker og ideer; innovasjon setter nye ideer og tanker ut i livet.
- Oppfinnelse er å skape nye konsepter; innovasjon er å søke å redusere konsepter til praktiske applikasjoner og å eventuelt skape kommersiell suksess.
- Vitenskap er å omsette penger til kunnskap; innovasjon er å omsette kunnskap til penger.

Dette er min pragmatiske definisjon av innovasjon, stort sett satt i kontekst av en mitt virke innenfor radiologi. Men hvis jeg ser min avgrensning på begrepet i forhold til teoretikernes definisjoner, så er ikke denne avgrensningen så langt fra det etablerte syn på hva innovasjon er.

Van de Ven (1986:591) har en løpende definisjon av innovasjon som: ”utvikling og implementering av nye ideer av folk som over tid engasjerer i transaksjoner med andre i en institusjonell kontekst”. Denne definisjonen kan kanskje synes litt abstrakt, men den forholder seg godt til Newells (Newell et al 2002) konsept om prosessuelt syn på innovasjon. En mer tradisjonell definisjon finner vi hos blant annet Rogers: Innovasjon er et begrep som kan ha en svært vid betydning. I faglitteraturen er innovasjon definert som det å gjøre noe nytt, som regel med utgangspunkt i ny kunnskap. Men dette kan igjen presiseres som nye produkter eller prosesser, nye organisasjonsformer, eller ny kunnskap om fysiske prosesser. (Rogers 1983).

Spilling definerer det slik: ”innovasjon som det å skape noe nytt, som en ny produksjonsmetode eller et nytt produkt eller en ny tjeneste” (Spilling 2004:40). Spilling skiller også ganske klart på innovasjon og entrepenørskap, og han mener at innovasjon ikke nødvendigvis er en forutsetning for entrepenørskap og vice versa (Spilling 2004). I en del definisjoner kan det dog virke som at man ikke har et helt klart skille mellom innovasjon og entrepenørskap. Spilling sier for eksempel at ved Schumpeters bruk av begrepet entrepenørskap, er dette uløselig knyttet til innovasjon.

Schumpeter ga navnet *kreativ ødeleggelse* på den dynamiske prosessen som hele tiden skaper noe nytt, erstatter og ødelegger det ’gamle’ som ikke lenger har livets rett, og som deretter endrer markedsforholdene på en måte som er ikke-reversibel. Denne påvirkningen er selve motoren i det man forstår med konkurranse i en markedsøkonomi. Entreprenøren er ingen passiv markedstilpasser, men en aktiv, markedsorientert verdiskaper. Innovasjoner kan ødelegge store aktører (for eksempel Kodak) mens den kan påskynde små aktører inn i dominerende posisjoner på konglomertaisk diversifikkede områder (som for eksempel Apple innen mobiltelefoner). Jeg vil ikke gå videre inn på dette skillet, men forholder meg først og fremst til begrepet innovasjon.

Man kan se at de forskjellige definisjoner av innovasjon er sammenfallende, om endog ganske vide og noen er mer intellektuelt tilpasset, mens andre er mer pragmatiske. Grovt sett passer min pragmatiske oppfatning av innovasjon, der jeg ser på innovasjon som noe som

- Setter nye ideer og tanker ut i livet
- Reduserer konsepter til praktiske tilnærminger og applikasjoner og dertil former kommersiell suksess
- Omsetter kunnskap til penger

Et lite eksempel på skillet mellom forskning og innovasjon som underbygger min forståelse av innovasjon trukket ut fra forskjellige definisjoner av begrepet, finner vi en del av innen det radiologiske fagfeltet. Digitale mammografiapparater er et område, et annet er Positron Emisjons Tomografi (PET). Paul Dirac var en matematiker og fysiker som hadde vesentlige bidrag til kvante- og partikkelfysikk, og fikk Nobels fysikkpris i 1933. Dirac beskrev elektronet kvanterelativistisk og matematisk i 1928. Fra dette

utledet han en positivt ladet partikkel som hadde elektronets kjennetegn, med andre ord en anti-partikkel.

Carl David Anderson var en ekseperimentell-fysiker og hadde også Nobles Fysikkpris fra 1936. I 1932 påviste han i atmosfæriske forsøk en partikkel identisk med elektronet, men som bøyde motsatt vei i et magnetfelt, noe som var ekvivalent til Diracs Positron, men her bevist ikke bare teoretisk, men at det virkelig fantes. På bakgrunn av et teorem og et praktisk bevis på positroner, kunne man noen tiår senere konstruere PET-maskiner. Innovasjonen ligger i videreføringen av vitenskap til praktiske produkter og installasjoner som skaper forretningsmuligheter. Hvis vi ser på medisinsk bildediagnostikk har vi en rekke gode eksempler på stegene fra forskning til innovasjon til paradigmeskift: Generell røntgen (røntgenrør), ultralyd, MR, PET, CT, mammografi og nå etter hvert tomosyntese-mammografi.

2.2 Noen sammenhenger mellom kunnskapsledelse, innovasjon og entreprenørskap

Ofte er teorier om entreprenørskap og innovasjonsprosesser verktøy man kan benytte i analyser av blant annet organisasjonsmessige forbedringer og etableringer.

Slappendal har skrevet en artikkel om ulike analyseperspektiver for organisasjoners innovasjons- og entreprenørskapsprosesser. I denne artikkelen spesifiserer han tre tilnæringsmåter: individperspektivet, det strukturelle perspektivet og den interaktive prosessen (Slappendal, 1996). Spilling presenterer også en noenlunde tilsvarende oppdeling i sin definisjon av entreprenørskap: individperspektivet, strukturperspektivet og nettverksperspektivet (Spilling, 2004). Dette mener jeg er klare sammenhenger mellom kunnskapsledelse og termene innovasjon og entreprenørskap.

Hvis vi ser på individperspektivet, er det individet som er hovedkilden for endring og utvikling i en organisasjon. Som regel er det ikke nødvendig med eksterne faktorer, da hver enkelt har et eget incentiv for å nå egne mål. Det kan antas at dette er spesielle egenskaper som kjennetegner en innovativ individualist; risikovillig, nytenkende, handlingsorientert, god selvtilit, målbevist og har god organisasjonsevne. Selv om

motivene om selvrealisering og omgivelsesfaktorer kan være temmelig ulike for enkeltindividene, så kan de likevel enes og samles om felles mål og visjon ved forbedring av egen virksomhet. Slappendals resiterer forskere som knytter innovasjon til individenes grad av tilfredshet med situasjonen (Slappendal, 1996). Når diskrepansen mellom ønsket situasjon og nåværende situasjon blir for markant begynner en søken etter alternativer. Drivkraften blir ofte å realisere egne evner i samarbeid med andre.

I strukturperspektivet er det strukturen, systemet eller konteksten entreprenørskapet skjer i som står i fokus. Hvis man ser dette i en sammenheng med ulike kunnskapshjelpere kan det vises en slags kobling mellom kunnskapsutvikling og entrepenørskap. Man peker på at i et slikt perspektiv viktigheten av å ikke la kunnskapsutvikling basere seg på enkeltpersoner (von Krogh et al, 2001), men å ha fokus på et kunnskapende miljø (Gotvassli, 2007). Betrakter vi kunnskap som dynamisk og rasjonell, gjerne knyttet opp til menneskelige aktiviteter snakker vi etter alt å dømme om kunnskapende prosesser som et sett med aktiviteter som kan defineres inn i ulike steg i kunnskapsutviklingen (Spilling, 2004).

I den interaktive prosessen/nettverksperspektivet er hovedfokuset på selve prosessen og sammenhengen (som oftest en kompleks og dels selvmotsigende sammenheng) mellom struktur og handling (Slappendal, 1996). En organisasjon skapes kontinuerlig, den er ikke etablert og organisert statisk eller en gang for alle. Prosessperspektiver inneholder beskrivelser og analyser av midlertidige handlinger i både utvikling og implementering av innovasjoner. Det blir her snakk om en aksept av at det finnes valgfrie innfallsvinkler i sosiale systemer og at disse også kan være forutsigbare.

Schumpeter benyttet av og til betegnelsen entreprenørielle og rutiniserte regimer som begrep for å analysere de ulike begrensningene for entrepenørskap (Spilling, 2004). Dette gir en forståelse av at entrepenørskap skjer under stor innflytelse av teknologiske og sosiale forhold og også forhold som kunnskap, individer og næringsstrukturer (Gotvassli, 2007).

Som man ser har det individualistiske perspektivet individet og dets egenskaper, behov og ønsker som et utgangspunkt for sin forståelse av hvordan organisasjoner endres. Det

strukturelle perspektivet fokuserer i all hovedsak på strukturen og forutsetter da på en måte en lineær utvikling av organisasjonen, mens den interaktive prosessen kan innovasjon stå som et systemisk fenomen og en organisasjon må vurderes ut fra prosessen og samhandlinger mellom ulike aktører, strukturer og nettverk. Newell et al har også en lik tilnærming for å beskrive sammenhenger mellom kunnskapsledelse og innovasjon. De opererer med den kognitive tilnærmingen, samfunnstilnærmingen og nettverkstilnærmingen (Newell et al, 2002). Disse tilnærmingene stemmer godt overens med de tilnærmingene Slappendal og Spilling har.

2.3 Taus kunnskaps (tacit knowledge) betydning for innovasjon

2.3.1 Taus kunnskap

For å kunne diskutere hva slags kunnskapstyper som ligger til grunn for noe er det greit å ha forståelse av begrepet kunnskap slik en kan si noe om kunnskap i ordets rette forstand. Det finnes mange definisjoner på kunnskap. Nonaka (1994):

- **Kunnskap** er berettigede, sanne overbevisninger som er oppnådd gjennom erfaring og læring og som øker en entitets potensial til effektiv aksjoner

I denne definisjonen refererer ordet entitet seg til et individ eller en samling individ (gruppe eller organisasjon). Kunnskap trenger ikke nødvendigvis føre til effektive aksjoner, men vil øke potensialet for effektive aksjoner. Definisjonen sier at kunnskap er initiert i individer, og impliserer dermed en forskjell mellom informasjon og kunnskap. Kunnskap er informasjon som er prosessert i hodet til mennesker gjennom læring og tankevirksomhet. Informasjon er råmaterialet som blir brukt til å skape kunnskap, og befinner seg i mange ulike kilder (dokumenter, filer, rutiner, programvare etc.) og i mange ulike former (trykte eller talte ord, handlinger, digitaliserte bit eller tegninger). En definisjon av informasjon kan være:

- **Informasjon** er data satt i kontekst og viser relasjoner og struktur mellom data, der data er definert som et sett av uavhengige og isolerte fakta.

Etter å ha gjort dette skillet, er det viktig å legge merke til at det ikke nødvendigvis er et strengt hierarkisk skille mellom data, informasjon og kunnskap. Symbol som er data for noen kan utgjøre informasjon for andre, og kan utgjøre kunnskap for den tredje. Kunnskap er med andre ord personlig, avhengig av erfaring og iboende i mennesker.

To ulike typer kunnskap

Kunnskap kan i følge Nonaka (1995) klassifiseres i to typer kunnskap: *taus* og *eksplisitt*. Taus kunnskap er definert som uartikulert kunnskap som er rotfestet i handlinger og erfaringer. Taus kunnskap er skapt 'her og nå' i en spesifikk, praktisk kontekst. Eksempler på taus kunnskap kan være kunnskapen om å kjøre bil, kompetansen til en musiker eller salgsstrategien til en erfaren selger.

Eksplisitt kunnskap refererer til artikulert kunnskap i en slags symbolsk form (talte eller trykte ord, matematiske eller kjemiske formler). Eksplisitt kunnskap handler som regel om tidligere hendelser eller objekter "der og da", og er orientert mot en kontekstfri teori. Eksplisitt kunnskap er skapt sekvensielt av en slags "digital" aktivitet og kan som regel generaliseres og gjenbrukes.

Taus kunnskap (subjektiv)

Eksplisitt kunnskap (objektiv)

Kunnskap fra erfaring (kropp)

Kunnskap fra rasjonalitet (tanker)

Samtidig kunnskap (her og nå)

Sekvensiell kunnskap (der og da)

Analog kunnskap (praksis)

Digital kunnskap (teori)

Det er viktig å poengtere at taus og eksplisitt ikke er separate, men gjensidige komplimentære entiteter. Dette vil si at taus kunnskap kan konverteres til en eksplisitt kunnskap ved hjelp av lingvistiske beskrivelser, mens eksplisitt kunnskap alltid er rotfestet i en taus komponent (Polanyi, 1975). Nonaka (1994) kaller denne interaksjonen for kunnskapsspiralen. Dette er en modell som forteller hvordan skapelse og deling av kunnskap kan bli en del av kulturen til en organisasjon. Selve prosessen består av fire steg:

Det første steget er *sosialisering*, som transmitterer taus kunnskap mellom individ gjennom observasjon, imitering og praksis

Det neste steget er *eksternalisering*, som er utløst av dialog og kollektiv refleksjon og bygger på at analogier og metaforer transformerer taus kunnskap til dokumenter og prosedyrer.

Det tredje steget er kombinerings, som omformer masser av eksplisitt kunnskap ved å sortere, legge til, kombinere og kategorisere prosesser og distribuere kunnskapen.

Det siste steget, internalisering transformerer eksplisitt kunnskap til individuell taus kunnskap gjennom målbasert læring.

En potensiell ulempe med oppdelingen i taus og eksplisitt kunnskap er at det ofte blir oppfattet at taus kunnskap er mer komplisert og verdifull enn eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap kan, men trenger ikke å være mer verdifull eller kompleks. I noen tilfelle er eksplisitt kunnskap vel så verdifull (f.eks. den kjemiske formelen til et nyutviklet medikament) at en trenger å beskytte den med patenter. På samme måte kan ofte taus kunnskap bli mer verdifull for organisasjoner når den blir konvertert til eksplisitt kunnskap som lett kan bli delt mellom medlemmer i organisasjonen i en stor skala Zack (1998) tilbyr en enda finere kategorisering av kunnskap enn skillet mellom taus og eksplisitt kunnskap. Kunnskap kan bli oppdelt i deklarativ (vite-om), kausal (vite-hvorfor), prosedyremessig (vite-hvordan), betinget (vite-når) og relasjonsmessig (vite-med). I følge Zack er det viktig å gjøre dette skillet av to grunner. Den første grunnen er å oppnå en tilpasning av strategien for kunnskapsforvaltning til den reelle kunnskapen i en organisasjon. Den andre grunnen er å kunne katalogisere de intellektuelle ressursene i en organisasjon og dermed bedømme organisasjonens kunnskap relativt til eventuelle konkurrenter.

Kompetanse (Expertise) og Collins et. al "The Periodic Table of expertises"

Kompetanse (expertise) er viktig, ikke bare innen vitenskap, men også for å forstå publikums forhold til vitenskap. Problemet er at "timing" på politikk er raskere enn

hastigheten til vitenskapelige konsensusformasjoner, slik at politikerne ofte må ta beslutninger uten fast vitenskapelig svar å støtte seg til, og dette gjør vitenskap til bare å ligne andres mening.

Harry Collins ønsket å finne ut hvordan man kunne verdsette kompetanse uten å gå tilbake til "de gamle dager" hvor alle i hvit frakk ble behandlet som en autoritet på noe som var vitenskapelig eller teknologisk. Man må løse det svært vanskelig problem å rekonstruere verdien av vitenskap når vi vet at det ikke kan levere vissheten om det folk vil ha. Collins mener at det å forske på ekspertise kan gjøre utslaget (Collins 2007). Denne erfaringen motiverte Collins til å trekke et skille mellom medvirkende kompetanse, besatt av aktive utøvere av et (fag)felt, og samhandlende kompetanse (interactional expertise), der noen kan snakke velinformert om et emne uten å kunne bidra med nye ideer til den. Collins fant at interactional expertise var godt representert innen vitenskap, og at det heller ikke ville ha vært noen vitenskap uten denne kompetansen. Han fikk dermed med seg Robert Evans, og de utviklet en systematisk teori over former for kompetanse (expertise) som de summerer opp i en sammenstilling de har kalt "The Periodic Table of Expertise" (Collins 2007). Denne sammenstillingen dreier seg rundt ideen om "taus kunnskap"-ting du kan gjøre, men ikke kan beskrive hvordan du gjør. Sykle er det best kjente eksemplet, men både hverdagsliv og bidrag til tekniske områder er avhengig av taus kunnskap.

2.3.2 Taus kunnskap og innovasjon

Polanyis begrep om taus kunnskap har hatt stor påvirkning på teori om kunnskap i organisasjoner generelt og mer spesifikt til innovasjon (von Krogh 2000). Jeg vil under nevne et perspektiv som kan vise en sammenheng mellom taus kunnskap og innovasjon.

Nonaka og Takeuchi (1995) argumenterer for at måten japanske firma håndterer sine tause kunnskapsressurser på kan gi en forklaring på firmaers gjentatte evner til nyskaping.

Nonaka og Takeuchi legger Polanyi sitt begrep om taus kunnskap til grunn for sine teorier, men mener at taus kunnskap i seg selv ikke vil føre til nytenking og nyskaping. Det må være en dynamikk til stede, slik at kunnskapsproduksjon (knowledge creation) kan foregå.

Hovedpoenget deres er at ny kunnskap skapes og utvides gjennom en sosial samhandling

mellom taus kunnskap og eksplisitt kunnskap. Gjennom denne samhandlingen og omformingen som de kaller 'knowledge conversion', skapes noe nytt.

Under de riktige forutsetningene kan taus kunnskap innen alle felt gjøres uttrykkelig. Det er i prinsippet ingen spesielle kunnskapselementer som ikke lar seg uttrykke. Nonaka og Takeuchis teori hatt stor innflytelse på forskning rundt innovasjon og taus kunnskap. Teorien gir et ganske rett fram men noe forenklet bilde av hvordan kunnskapens ikke-verbale element kan gjøres uttrykkelig og føre til nyskaping.

2.4 Oppsummering

I dette teorikapitlet har jeg gått gjennom innovasjon som begrep, sammenhenger mellom kunnskapsledelse, innovasjon og entrepenørskap og taus kunnskap.

Jeg vil trekke ut innovasjon som begrep som et relevant punkt for benyttelse i analyse-delen, I tillegg vil jeg fra teorien dra ut individperspektivet og strukturperspektivet. Taus kunnskap som fenomen vil jeg også diskutere litt i forhold til forskningsspørsmålene, da kompetansebegrepet som er benyttet.

3. Vitenskapsteoretiske betraktninger og metode

3.1 Kvantitative kontra kvalitative metoder

Forskning har tradisjonelt sett vært oppfattet som opptatt av å skape en objektiv og sann kunnskap gjennom vitenskapelige metoder. Et habilt grunnlag for å stadfeste empiriske slutninger kan trekkes ved å framstille hva det er som oppfattes som data, uttrykk for virkeligheten, fakta og så videre. Denne tradisjonen er ofte kritisert og særlig ved positivismekritikken på 60-tallet fikk denne kritikken bredde og gjennomslag. Et vesentlig synspunkt i kritikken var at det ikke er mulig å skille kunnskap fra kunnskaperen (Alvesson og Skøldberg 1994).

Hvordan man skal definere kvalitative metoder er ikke opplagt. Fokus og betraktninger av åpen og mange-fasettert empiri er et kjennetegn, samtidig som metodene vektlegger kategoriseringer. Man kan ikke entydig skille kvantitative og kvalitative metoder ved hjelp av å skille standardisering og ikke-standardisering, selv om en slik poengtering kan være til hjelp

Et annet skille kan være å se på utgangspunktet til de kvantitative metodenes utgangspunkt i studiesubjekters perspektiv der hvor metoder av kvalitativ art i høyere grad tar utgangspunkt i forskernes ideer om hvilke kategorier og dimensjoner som skal ha fokus (Bryman, sitert i Alvesson og Skøldberg 1994:10). Diskusjonen omkring kvantitativ mot kvalitative metoder i samfunnsvitenskapen rommer i dag en omforent forståelse av at man ikke kan stille metodevalget som et abstrakt spørsmål, men at det må relateres til forskningsobjekt og forskningsproblem. Avhengig av på hvordan og hva det skal forskes på, kan enten kvantitative eller kvalitative metoder vise seg å være den riktige, eventuelt er det riktige en kombinasjon av disse

I henhold til Alvesson og Skøldberg er ontologi og epistemologi avgjørende for god samfunnsvitenskapelig forskning. Alvesson og Skøldberg mener disse aspektene best håndteres av kvalitative metoder som i spørsmål om tolkning tillater mangetydighet og forskernes oppbygging av valg. Men man skal huske på at dette ikke er til hinder for at

kvantitative metoder kan integreres og samordnes med kvalitative studier, under for eksempel et overordnet forskningssyn med utgangspunkt i aksjonsforskning.

Med dette teoretiske utgangspunktet, kommer mitt arbeid innenfor rammen av kvalitative metoder, og arbeidet består av dokumentanalyse og kvalitativt intervju. Nedenfor redegjøres det nærmere for kvalitativ metode, herunder innholdsanalyse og intervju.

3.2 Reliabilitet og validitet

For at en datainnsamlings reliabilitet skal ses på som god nok må den være utført på en konstruktiv og tillitsvekkende måte (Dalland 2002). Reliabilitet handler i praksis med at metodebruk må være gjort etter normer og regler. For eksempel bør/må en masteravhandling ha en forsvarlig datainnsamling liggende i bunn for å oppfylle krav til reliabilitet. Metodekapittelets funksjon blir her å gi nok transparens rundt de metodiske problemstillingene man står ovenfor. Avhandlingen må i tillegg være noenlunde etterprøvable, noe som gjør at kildehenvisninger og eventuelle siteringer er korrekte.

Validitet knyttes opp til kvaliteten på tolkningen. I tillegg knyttes det opp mot om avhandlingen støttes av annen forskning på området, eller om den er tydelig nok forankret i mine funn (Dalland 2002).

Diskusjon om avhandlingen er reliabel og valid, vil jeg komme tilbake til i analysekapittelet.

3.3 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode blir brukt til å produsere data som kan karakterisere et fenomen (Dalland 2002). Den kvalitative metodetilnærmingen prøver å fange opp i større grad erfaringer og meninger som ikke kan oversettes til tall eller på andre måter måles. Den kan beskrive sammensatte problemstillinger, gå i dybden og kan tillate forskeren å se et fenomen fra innsiden. Dette er essensielt for å belyse temaet i denne avhandlingen, så denne metoden er derfor appliserbar for den type innhold som oppgaven skal belyse (Dalland 2002). Alle forskningsspørsmålene er av en deskriptiv karakter, og jeg vil

nedenfor komme litt inn på berøringspunkter mellom mine forskningsspørsmål og metode.

Kvalitative samfunnsvitenskapelige metoder kan baseres på ulike typer kilder og metoder som kan brukes alene eller kombineres. Det finnes tre hovedtyper kilder i samfunnsvitenskapelige studier: aktører, respondenter/informanter og dokumenter. Basert på avhandlingens problemstilling har jeg valgt å bruke både dokumenter og informanter gjennom kvalitative intervju som grunnlag for studiens kvalitative data. Jeg synes det er mest aktuelt å omtale intervjuobjektene som informanter selv om respondent også kunne blitt brukt. Disse betegnelse brukes ikke konsekvent i faglitteraturen, men Grønmo (2004) skiller mellom de to ved at respondenten gir mer personlig informasjon, mens informanten bidrar med informasjon sentrert om annet enn seg selv. Siden intervjuene i hovedsak ikke skal avdekke intervjuobjektets personlige livs-verden og oppfatning av denne, men belyse et ikke-privat tema, blir betegnelsen informant mer passende og beskrivende for intervjuets formål.

Når ulike metoder og kilder kombineres kalles det metodetriangulering, som går ut på å belyse samme problemstilling ved hjelp av forskjellige data og metoder, og som hovedsakelig er basert på strategiske begrunnelser. Siden samfunnsforhold er komplekse og mangeartede, kan det være hensiktsmessig å kombinere forskjellige metoder. Dette kan gi en mer allsidig belysning av temaet, og det kan gi muligheter for teorimangfold og kan videre styrke tilliten til både metodene og resultatene, samt danne grunnlag for faglig fornyelse (Grønmo 2004). I denne studien har jeg valgt å benytte både kvalitative forskningsintervju og kvalitativ innholdsanalyse av utvalgte dokumenter, ettersom jeg mener at denne kombinasjonen vil belyse problemstillingen min bedre enn hva hver enkelt metode ville gjort hver for seg. Vurdering og drøftingen slås sammen ettersom begge kildesamlinger vil belyse de samme temaene og komplimentere hverandre. Jeg vil kunne se alle mine tre forskningsspørsmål opp mot hverandre, og ved å benytte intervju som metode på forskningsspørsmål 3, vil jeg få data som er forankret 'lenger ned' i organisasjoner/sektorer, og som kan hjelpe meg å se på om dokumentene jeg går gjennom har et treffpunkt utenfor forvaltings og administrasjons-områdene,

3.3.1 Metode for innholdsanalyse av dokumenter

Kvalitativ innholdsanalyse av dokumenter går som oftest ut på en systematisk gjennomgang av dokumenter med formål å finne relevant informasjon om de forholdene som skal studeres/analyseres og med sikte på å kategorisere innholdet og registrere data som er relevant for problemstillingen (Grønmo 2004). Kvalitativ innholdsanalyse kan i prinsippet gjøres på alle typer dokumenter, og datainnsamling foregår dels parallelt med dataanalysen og videre datautvalg foregår delvis under datainnsamlingen. Ettersom fler tekster studeres, øker forskerens forståelse av hvilke andre tekster som er relevante for analysen, samtidig som problemstillingen blir sterkere belyst. Siden dette er en krevende og progressiv jobb må som oftest forskeren selv utføre datainnsamlingen, og nettopp fordi det er en progressiv prosess, er datainnsamlingen lite forutsigbar og den kan dermed ikke planlegges til minste detalj (Grønmo 2004).

Forberedelser til datainnsamling

Siden datainnsamling bygger på stor fleksibilitet, er det viktig å avgrense fokusfeltet slik at man begrenser seg til hva som angår og hører til problemstillingen. Problemstillingen må alltid stå sentralt i utvalg av data, selv om forskeren oppdager nye datamuligheter og databehov. Det er i hovedsak to fokus basert på problemstillingen som må adresseres: hvilke tema som skal prioriteres og hvilke typer tekster som skal inngå i studien. Disse er viktig å avklare i forkant av datainnsamlingen slik at man ikke starter med å gape over for mye, selv om det er mulighet for å endre på dette underveis (Grønmo 2004).

Et annet viktig punkt å ta hensyn til før man faktisk starter innsamlingen, er at det er ikke en selvfølge å finne de dokumentene og tekstene man er ute etter. Ikke alle dokumenter er offentlige eller lett tilgjengelige og dette må da legges inn i tidsaspektet slik at man legger inn tiden det vil ta å skaffe til veie aktuelle dokumenter (Grønmo 2004).

Utvalg av dokumenter

Dokumentene som inngår i dokumentanalysen i denne oppgaven er de dokumentene som danner den offisielt tilgjengelige oversikten over det offentlige Norges

styringssignaler for innovasjon, OCC, Kreftregisteret. Det er mulig at det er andre relevante dokumenter som ikke er identifisert eller offisielt tilgjengelig, men disse er ikke inkludert kun av den grunn. Under er en tabell over dokumenter, innovasjonsprogrammer og øvrige initiativ på innovasjonsarenaen i helsesektoren:

Tabell 1: Dokumenter, innovasjonsprogrammer og øvrige initiativ

Policy-dokumenter	Innovasjonsprogrammer	Øvrige initiativ
<p>Samarbeidsavtalen om behovsrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren.</p> <p><i>Helsedirektoratet, Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør-Øst, Innovasjon Norge og Forskningsrådet, Juni 2008.</i></p>	<p>Norges Forskningsråd – Generiske programmer</p> <p>Totalt til helsesektoren i 2008: 409 millioner NOK</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Medinnova •Idepoliklinikk •Innovest •ARTE – arbeidskraft og teknologi
<p>Stortingsmeldning nr. 7, 2008-2009, Et nyskapende og bærekraftig Norge – ”Innovasjonsmeldingen”.</p>	<p>OUF-ordningen, Innovasjon Norge</p> <p>Anslått til helsesektoren for 2009: 60 millioner NOK</p>	
<p>Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene.</p>	<p>InnoMed, Helsedirektoratet/Helse Midt-Norge RHF</p> <p>Totalbudsjett for 2008: 12,6 millioner NOK</p>	
<p>Regionale helseforetaks handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren</p>		
<p>Stortingsmeldning nr. 47, Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid</p>		

Tabell 1: Dokumenter, innovasjonsprogrammer og øvrige initiativ

Disse dokumentene danner et bakteppe for denne oppgaven, og er en del av analysegrunnlaget i forhold til problemstillingen. I tillegg har jeg, ved å stille forskningsspørsmål 1, sett på de dokumentene som ligger til grunn ’over’ dokumenter og

innovasjonsprogrammer for helsesektoren, nemlig Statsbudsjett og stortingsmeldinger fra andre departement annet enn Helse- og omsorgsdepartementet. Her vil man komme inn på dokumentasjon fra blant annet næringsdepartement. Dette er viktig å ha med, fordi innovasjon i helsesektoren i liten grad vil være fri for involvering fra private næringsaktører som for eksempel legemiddelindustri og annen medisinsk industri.

Kildekritiske og kontekstuelle vurderinger

I forbindelse med gjennomføring av datainnsamling er det viktig med kildekritiske og kontekstuelle vurderinger av de enkelte dokumentene, og dette er da særlig viktig i kvalitativ innholdsanalyse. Valget av konkrete kilder for en bestemt studie må baseres på grundige overveielser, og bruken av disse kildene må skje på en faglig forsvarlig måte og vurderes kritisk.

Det finnes fire typer kildekritiske vurderinger: tilgjengelighet, relevans, autentisitet og troverdighet.

I forbindelse med tilgjengelighet ligger det faktum at ikke alle kilder som er interessante og viktige, nødvendigvis er tilgjengelige.

Kildens relevans for problemstillingen må vurderes nøye slik at man ikke sitter med unødvendige data som både krever tid og unødvendig arbeid. Jeg tror ikke at lite relevante kilder har blitt inkludert i dette studiet, men det er klart at enkelte kilder bidrar mer enn andre i form av relevant informasjon i denne oppgaven. Relevante dokumenter ble valgt ut basert på noenlunde god kunnskap om temaet og foreliggende dokumentasjon, og relevante dokumenter ble identifisert gjennom diskusjon med kollegaer og med utgangspunkt i problemstillingen. Det er mulig enkelte relevante dokumenter ikke er inkludert ettersom jeg kun har forholdt meg til den tilgjengelige offentlige dokumentasjon publisert på denne tematikken, men av denne har jeg sett det mye. Hva av relevante dokumenter som ikke er publisert er det umulig å si noe om, men basert på det jeg har sett fremgår enkelte hull som ikke fylles av det som finnes offentlig tilgjengelig, og det kan være en indikasjon på at ikke alt av relevans er publisert og gjort tilgjengelig. For eksempel har jeg ikke gått inn på pressemeldinger utgått fra Storting, Regjering eller departement.

Dokumentene som danner bakteppet for tekstanalysen har jeg identifisert på en hierarkisk måte; det vil si at jeg identifiserte relevante dokumenter først fra Storting og Regjeringsnivå, for deretter å finne de dokumentene som ble basert på disse på sektornivå (helsesektoren). Her var det også et visst hierarki, men jeg har valgt å 'flate' ut dette, og sidestille styringsdokumenter og handlingsplaner fra departementsnivå til foretaksnivå.

Det tredje punkt i kildekritiske vurderinger er autentisitet. Eksempelvis kan skriftlige artikler og dokumenter være skrevet av andre enn de som er oppgitt som forfattere. Slike aspekter er det særlig viktig å redegjøre for i studier der dokumenter brukes som kilde til analyse, nettopp slik som i denne oppgaven. Hvilke aktører som egentlig står bak meningsstyringene i dokumentene kan være usikkert og er vanskeligere å vurdere enn ved bruk av informanter. I forbindelse med rapportene er det klart hvilken instans som har publisert og utarbeidet dem. Men forfatterne som står bak må også vurderes med tanke på autentisitet, rolle og habilitet, og det må redegjøres for hvor de kommer fra og hva de representerer. Dette har vært et tankekors ved særlig et par av rapportene. Videre må også kildene de har basert rapportene på vurderes. For denne avhandlingens del, kan det være sprik i dokumenter som kommer fra departementsnivået. Her kan det av og til være vanskelig å avgjøre om det er den politisk styrte delen av departementet eller om det er den fag-byråkratiske delen som har forfattet dokumentet.

Dette bringer kildevurderingen til fjerde punkt som er troverdighet. Selv om kilden viser seg å være autentisk, er ikke det ensbetydende med at informasjonen den gir er riktig. Dokumenter kan fremstille feilaktig informasjon for å fremme bestemte interesser. I rapporter kan for eksempel selektivt valg av kilder og medlemmer i arbeidsgrupper bidra til å fremme bestemte vurderinger, artikler kan velge å legge vekt på bestemte funn eller studier, og studier kan designes slik at kun bestemte resultater fremlegges. Alle disse forholdene må kontinuerlig vurderes når man leser en kilde. Og det er viktig å bemerke seg at alt dette forplanter seg og påvirker hverandre. Selv om alt er gjort med edleste tanke og med korrekt fremgangsmåte i rapportene og dokumentene eksempelvis, kan allikevel vurderinger bli gale hvis grunnlaget den er skrevet på er feilaktig. Som nevnt ovenfor, kan det være vanskelig å vite om det er politisk påvirket eller fag-påvirket. Jeg vil komme litt tilbake til dette i kapittel 4.

Kildekritiske vurderinger forutsetter ellers at tekstene sees i sammenheng med andre kilder, og i lys av annen foreliggende kunnskap, særlig om tekstenes antatte forfattere og bakgrunn, og om de forholdene som omtales i tekstene, som innebærer at tekstene betraktes i forhold til sin kontekst. Kontekstuelle vurderinger utgjør en del av grunnlaget for de kildekritiske vurderingene og kan gjøres ved å se tekstens innhold i lys av konteksten rundt tekstens opprinnelse og dermed kunne avgjøre om teksten er autentisk og om innholdet er troverdig. Kontekstuell vurdering er også viktig med tanke på tolkning og forståelse av tekstene, og å vurdere tekstens representativitet. Videre er også tekstens mening viktig. For å forstå tekstens representativitet og mening må forskeren vurdere hvem som laget tekstene, hvem som leste dem, forfatterens og leserens bakgrunn og i hvilken setting tekstene ble utformet, formidlet og lest (Grønmo 2004).

3.3.2 Kvalitativ intervjumetode

Forskningsspørsmål 3 i denne avhandlingen kan fordelaktig bli belyst gjennom kvalitativt forskningsintervju hvor man kan få frem personers oppfatninger og meninger i forhold til vitenskapelige og prosessmessige anliggender relatert til Kreftregisteret og OCC. Dette kan forhåpentligvis gi et mer nøyaktig bilde av tematikken som undersøkes enn kun basert på foreliggende dokumenter. Kvalitativ tekst produseres som data under intervjuets gang som et resultat av et dynamisk samspill mellom informant og intervjuer. Forskeren er en deltaker og tolker som kontinuerlig representeres med nye valg grunnet åpenheten, fleksibiliteten og fraværet av regler som kjennetegner det kvalitative intervjuet. Dette krever nøye planlegging og stiller høye krav til forskerens kompetanse for å produsere pålitelig og kompetent data til å basere forskningen på (Kvale 1996). Intervjuplan og spørsmål til intervjuene er presentert i vedlegg til avhandlingen.

Forarbeid og den praktiske prosessen i å gjennomføre intervjuundersøkelser:

I avsnittene nedenfor vil jeg presentere valg og rekruttering av informanter, tema og intervjuguide og konteksten rundt intervjuene.

Valg og rekruttering av informanter:

For denne avhandlingen fant jeg det mest relevant å benytte et strategisk utvalg av informanter som var relevante for temaet i oppgaven, og som kunne produsere data som kunne belyse problemstillingen (Dalland 2002). Seleksjon av informanter innebærer mer enn å bare bestemme hvem som skal være en del av utvalget. Miljøene og instansene involvert i saken må først identifiseres. Videre må representanter for disse instansene og miljøene bli selektert for å oppnå en bred dekning av de forskjellige vinklingene som fremkommer i saken. Jeg falt ned på å intervju i hovedsak informanter som hadde høyere stillinger i Kreftregisteret, fordi disse antakelig ville ha et visst overblikk Kreftregisteret og tilstøtende miljøer over mer enn bare fagfokus på sitt område innad i institusjonen. Dette ble da avdelingsledere og nestleder for forskningsavdelinger, IT-avdeling og registreringsvirksomheten ved Kreftregisteret. I tillegg valgte jeg ut informanter som hadde tilknytning til næringslivet og som var en del av Oslo Cancer Cluster. Her hadde jeg informant som var internasjonal forskningssjef for et av verdens største legemiddelfirma. Jeg hadde også en informant fra det kliniske miljøet ved et helseforetak i Helse Sør-Øst, som har forskningslederansvar. Forespørsel om informanter ble også kanalisert via foretaket Kreftregisteret er en del av for å få tak i informant fra selve Oslo Cancer Cluster som organisasjon.

Problemer med intervju-undersøkelsene kommer jeg tilbake til i avsnitt 6.2.2.

Forskningsintervju som metode og forskerrollen

Kvalitative intervjuer er ikke progressive eller ferdigdefinerte i seg selv. Verdien av kunnskapen som produseres avhenger av konteksten og bruken av kunnskapen. Hovedmålet er ikke objektive data som skal kvantifiseres, men meningsfulle relasjoner som skal tolkes (Kvale 1996). Det er forskerens rolle å reprodusere og tolke data. Dette kan sjelden gjøres på en fullstendig objektiv måte uten en real mengde selvinnsikt og refleksjon over egne forforståelser og posisjoner. En grundig gjennomgang av disse anliggender er viktig. Og man må reflektere over viljen til å forkaste eksisterende overbevisninger når man møter valide motsetninger, både i forhold til en selv som

menneske, som del av et samfunn, som en forsker og som fagperson. Det kvalitative intervjuet involverer både informasjonsutbytte og sosial interaksjon.

Forskningsintervjuet er karakterisert ved metodologisk bevissthet over spørsmålsform, fokus på dynamikken i interaksjonen mellom informant og forsker, og en kritisk oppmerksomhet på det som blir sagt. Forskningsintervjuet er basert på konversasjonen mellom informant og forsker og er en profesjonell samtale. Det er ikke en samtale mellom likestilte parter, fordi forskeren definerer og kontrollerer situasjonen. Temaet i intervjuet introduseres av forskeren, som også kritisk følger opp informantenes svar på spørsmålet (Kvale 1996). Det er viktig som forsker å være forberedt på det spontane, følge nye ledetråder som fremkommer i samtalen og være klar over egen deltakelse som medvirkende produsent av dataen. Å bli konfrontert med paradokser, motforestillinger og andre dilemmaer kan gi viktig kunnskap dersom det blir riktig håndtert, og det kan veilede i en mer konstruktiv og informativ retning og muligens belyse nye relevante temaer eller veier. Som forsker er det avgjørende at jeg forstår konsekvensene av interaksjonen mellom meg og informanten, og er klar over de forskjellige aspektene som påvirker intervjuet til enhver tid, og tilkjenner den implikasjonen det har på funnene og tolkningen av data.

Resultater for intervjuene vil jeg ta opp knyttet til forskningsspørsmålet i kapittel 5, der jeg vil redegjøre for den praktiske gjennomføringen og problemer omkring dette for denne avhandlings intervjuundersøkelse. I tillegg sier jeg noe om de forskningsetiske betraktningene omkring intervjuer som metode.

3.4 Aksjonsforskning som overordnet tilnærming

Jeg vil her presentere aksjonsforskning som tilnærming til å få belyst problemstillingen. Jeg har ikke benyttet potensialet i aksjonsforskning fullt ut, da rammene og begrensningene i denne avhandlingen ikke tillater dette. Jeg har ikke benyttet aksjonsforskning direkte som en alternativ metode, men heller benyttet den som et rammeverk for å sy sammen de kvalitative metodene jeg har benyttet for å svare på forskningsspørsmålene.

Aksjonsforskning er et alternativ til tradisjonelle kvalitative metoder og den positivistiske/kvantitative forskningsmetoden. Samtidig gjør mange parallelle trekk med prosjektarbeid, hvor erkjennelsesutvikling og læring gjennom samarbeid står sentralt, aksjonsforskning attraktiv som forskningsmetode. Aksjonsforskning er likevel ikke regnet som en egen metode, men mer et helhetlig forskningsopplegg av pragmatisk og konstruktivistisk karakter (Tiller 1986).

Det som er spesielt med aksjonsforskning er at forskeren er deltaker i et forskningsprosjekt og at deltakelsen og forskningen går over en tid. Man ser på forholdene slik det har vært, setter i gang noe nytt, ser på dette nye sammen med aktørene i prosjektet, og foreslår noe nytt igjen. Man kan si at aksjonsforskning skal benyttes i et problemløsende samarbeid mellom forsker og de som blir forsket på. Aksjonsforskning er en iterativ-syklisk prosess som innebærer at en gjentar de enkelte komponentene i problemløsningsmodellen flere ganger. I denne prosessen legges det stor vekt på aktørers selvrefleksjon, for mine forskningsspørsmåls del vi dette si at forskerne (og oppdragsgiver) forsker på og i sin egen arbeidssituasjon (Tiller 1986). Mye av min kunnskap som utforsker på dette området, ligger i at jeg har jobbet i mange år med forskningsfelt som har ligget opp mot innovasjonsarenaen innen legemiddelindustrien, uten at jeg har vært den som har representert næringslivet. Således har jeg et ståsted som ved hjelp av mer innsikt fra undersøkelser (som for eksempel dokumentanalyser) kan fokuseres og tas videre.

Aksjonsforskning er en utfordrende prosess der mye kan endres underveis. Tiller (2004) sier at aksjonsforskning i sterk grad preges av det uferdige, og at den næres av den kreative spenstighet som ligger i utkastene, forslagene, refleksjonen og ideene når aktører møtes og meninger settes opp mot hverandre. I slike endringsprosesser er det viktig å gi seg tid til didaktiske refleksjoner for å få alle med i tekningen slik at man får eierforhold til det nye som skal skje (Cummings og Worley 2005). Dette kan nok ses på som et organisatorisk grep, men man kan nok også se på det som utvikling og læring for å gi konstruktive bidrag inn i pågående forskning. Det finnes allerede resultater for Krefregisteret av de undersøkelser jeg har gjort, da styringssignalene for innovasjon i helsesektoren tilsa at også Krefregisteret som forskningsinstitusjon hadde deltakende

trekk som tilsa muligheter for økonomisk støtte og deltakelse i innovasjonsprogrammer fra Forskningsrådet og Innovasjon Norge, og ikke minst fra helse Sør-Øst RHF.

3.4.1 Kritiske betraktninger omkring aksjonsforskning

En kritikk mot aksjonsforskning er at det ofte gis stort ”spillerom” for dømmekraften til forskeren og dennes vurderingsevne. Man får tilgang til ulike typer data som en selv må vurdere hvordan står i forhold til hverandre (Coghlan og Brannick 2005). Innen det man kan kalle tradisjonell vitenskapsfilosofi er det viktig å skille mellom hva som er vitenskapelig teori av det man kan benevne som alminnelige oppfatninger og meninger (Grimen 2004). I aksjonsforskning er ikke dette skillet like klart, da forskeren her er mer opptatt av egne utviklingsprosesser og disse prosessenes resultater. Aksjonsforskeren er naturlig nok da mindre opptatt av vitenskapelige begrunnede spørsmål, konklusjon og systematisk dokumentasjon med begrunnelse. Det er sluttproduktet med tiltak for å forbedre et område som er det viktigste i aksjonsforskningen (Kalleberg 1992).

En annen kritikk av aksjonsforskningen er den metodologiske vinklingen som mener at aksjonsforskning ikke kan være vitenskap fordi fagmannen griper så forstyrrende inn i feltet (Kalleberg 1992). Her kan det være et problem at forskeren må fortolke tekster, handlinger og tegn, dette gjøres da ut fra de forutsetningene eller den forståelsen forskeren har. Som forsker har man ofte en forforståelse og de samarbeidende aktørene har sin egen forståelse. Spørsmålet blir da hvordan man skal få en felles forståelse av hendelser i et prosjekt, og om denne forskningen da kan bli troverdig når og hvis man oppfatter hendelser på veldig forskjellige måter. Et eksempel på dette er de funn jeg gjorde koblet til avhandlingens forskningsspørsmål 3. Her hadde jeg min oppfatning og forståelse av innovasjonsbegrepet og omkringliggende innovasjonsarenaer, mens de informanter som var knyttet til Kreftregisteret hadde sin forståelse i begrepet innovasjon at dette var noe som kunne generere tilskudd til forskning. Noe som i og for seg ikke er galt, men som i den fulle konteksten av innovasjonsarenaen OCC og styringssignaler på innovasjon i helsesektoren er litt for enkelt. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel 5.

3.4.2 utfordringer som aksjonsforsker

Som aksjonsforsker mener jeg man har utfordringer som kan deles i tre perspektiver; det ene er det forskningsfelt som er i fokus, det andre er deltakerperspektivet og det tredje er selve forskerrollen. Tiller sier: ”Alle forskere er ikke like godt kvalifiserte til å vandre sammen med praktikere i arbeidet med det uferdige alternativet” (Tiller 2004:24). Han hevder videre at dialog mellom forsker og praktiker (evt. pragmatiker) er en nøkkelfaktor i aksjonsforskning, der alle parter har lik verdi. Slik kan man komme fram til et bedre resultat.

Kalleberg (1992) hevder at aksjonsforskerrollen er mer krevende enn tradisjonelle forskerroller, fordi en må være både ’flue’ og ’klegg’. Med det mener han at forsker både skal være delaktig i forskningsfeltet samtidig ha et perspektiv fra utsiden, et mer objektivt perspektiv. Man må som deltagende observatør være bevisst sin egen rolle og en må være i stand til å utnytte informantene. Dette vil da innebære at en må ha kunnskaper om sin egen kultur og informantenes kultur for å kunne tolke dataene korrekt.

Det metodiske utvalget er stort innenfor aksjonsforskning, og det blir som regel problemstillingen og konteksten som avgjør hvilke metoder en forsker bør eller skal ta i bruk for å få svar på det han/hun er satt til å gjøre et forskingsprosjekt på. Man kommer ofte i situasjoner der man må benytte triangulering, en kombinasjon av flere metoder for å få svar på spørsmålene man stiller i forskningsprosjektet. Kvalitativ forskning kritiseres av og til fordi den ikke kan generaliseres, men mange elementer kan være gjenkjennbare for andre i liknende situasjoner, og kan således ha verdi (Grimen 2004). Det må derfor kunnes stilles krav til kvalitative forskningsopplegg at datamaterialet presenteres med et helhetsbilde av forskingsresultatet og at formidlingen av dette resultatet presenteres på en forståelig og ikke minst en troverdig måte. Det stilles også krav til at dataene er reproduserbare og at man på en kritisk måte kan undersøke det forskeren skriver. I aksjonsforskning generelt er det som regel slik at det er forsker som griper inn i det feltet som studeres med tanke på å forbedre feltet, og denne inngripen blir så en del av forskingsprosjektet og opplegget (Tiller 1999). Det blir her viktig for

aksjonsforsker å skissere sin rolle, hvordan han eller hun har gått frem, hvordan intervensjonen har foregått og ikke minst hvilke refleksjoner som er gjort underveis. Rapporteringssystemet eller rapporteringsoppgaven blir sådan en utfordring å få gjort fortløpende dersom punktene for god kvalitativ forskning skal gjennomføres (Grimen 2004). Noe av disse problemene vil jeg vise til i de utfordringene jeg hadde med intervjuundersøkelsene for denne avhandlingen. Dette beskrives i kapittel 5.

3.4.3 Gjennomføring av et aksjonsforskningsprosjekt

Å implementere et aksjonsforskningsprosjekt innebærer noen egenskaper som nevnt tidligere i avhandlingen, samt en del utfordringer man må ta hensyn til. I tillegg hevder Coghlan og Brannick (2005) at aksjonsforskningsprosess i egen organisasjon følger aksjonsforskningscyklusen som involverer systematisk generering og innsamling av forskningsdata om et pågående system relatert til et behov, putte disse dataene tilbake til relevante andre aktører, gjennomføre en kollaborativ analyse av dataene for så å planlegge og ta kollaborative tiltak basert på diagnosen fra analysen for deretter å evaluere resultatene av denne handlingen som igjen fører til framtidig planlegging. For å implementere en aksjonsforskningscyklus på en planlagt måte i et større system kommer man bort i endring og å bestemme behovet for endring ut fra å definere den ønskede framtiden. Man må deretter avgjøre nødvendigheten av hva slags arbeid som må gjøres for så å implementere endringen(e) og håndtere og lede denne transisjonen. Coghlan og Brannick (2005) gjengir en bra figur på dette (Coghlan & Brannick 2005. Figur 8.1: 97)

Man kommer så over i en fase der man må gjennomgå og trekke lærdom av hvordan aksjonsforskningen er ledet og gjennomført. Man må sørge for å ha gjennomgangsprosedyrer på aksjonsforskningen og disse er det viktig at man etablerer og holder konstante.

Til slutt må man finne ut hvordan man artikulere og deler lærdommen man har gjort i forbindelse med aksjonsforskningen. Andre viktige ting i gjennomføringen er av mer "teknisk" karakter, og går selvfølgelig på datainnsamling og metoder brukt i analyser og innsamling.

Kobling av aksjonsforskning til avhandlingens forskningsspørsmål

Aksjonsforskning må bidra med noen spesifikke ting, og disse bidragene (Gotvassli 2007) vil jeg gjerne knytte opp til mine forskningsspørsmål.

For det første bør forskningsprosjektet ha utgangspunkt i samfunnets politiske virkelighet. Her kan jeg si at min problemstilling, og mine forskningsspørsmål i høyeste grad tar utgangspunkt i dette.

For det andre bør forskningsprosessen skape læring for alle involverte. Det vil jeg tro at mine forskningsspørsmål kan være delaktig i. Forskningsspørsmålene vil redegjøre for styrende og overordnede dokumenter for innovasjon i Norge, samt i helsesektoren.

For det tredje bør det være bidrag til at forskningsprosjektet leverer praktisk nyttige resultater som gir grunnlag for læring for både forskere og 'utforskede'.

Forskningsspørsmålene mine vil forhåpentligvis bidra til at jeg som forsker har lært mye om offentlig sektor som innovasjonsarena, samt de overordnede føringer for innovasjon i Norge. I tillegg kan kanskje noen av resultatene jeg kommer fram til kanaliseres tilbake i alle fall til departementsnivå.

For det fjerde bør løsning av konkrete problemer gi bidrag til kunnskapsutvikling (forskning). Det mener jeg også at mine forskningsspørsmål kan bidra til. Her kan man komme i en iterativ prosess, der jeg har belyst deler av feltet, som man kanskje kan bygge videre på, for eksempel for å se mer direkte på *hva* slags tiltak man kan gjøre for å tydeliggjøre satsingen på innovasjon i helsesektoren.

3.5 Oppsummering

For denne studien har jeg valgt en kvalitativ tilnærming som metode, men jeg skisser også aksjonsforskning i bruk som rammeverk, og analyse og drøfting bærer godt preg av aksjonsforskningstilnærmingen, uten at man setter den kvalitative metoden til side.

Aksjonsforskning er jo ingen metode i seg selv, men en tilstand der blant annet kvalitative metoder får et litt friere spillerom.

4. Aktører som empirisk felt

Dette kapitlet gir en deskriptiv bakgrunn for bedre å forstå det som blir tatt opp i empiri-kapitlet.

Jeg vil her ta for meg tre aktører som jeg har et forhold til, og som jeg mener er viktig for å få svar på mitt forskningsspørsmål nummer 3. De tre aktørene er Kreftregisteret, som er min organisasjon, Oslo Cancer Cluster og Comprehensive Cancer Center.

Kreftregisteret er på mange måter en 'støtte'-enhet i helsesektoren, og vil med sine enorme epidemiologiske data kunne bidra mye til både kunnskapsutvikling og innovasjon i sektoren.

Oslo Cancer Cluster er en idealistisk innovasjonsarena for kreftområdet, som gjennom clustersamarbeid søker å bidra til innovative samarbeidsprosjekter mellom medlemmene, og som også har et fokus på innovasjonssamarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor.

Comprehensive Cancer Center er et konsept som forener mange spesialiteter under én paraply. Her er det mer fokus på behandling og behandlingsopplegg, mer enn innovasjonstenkning, men CCC og Kreftregisteret er begge medlemmer av OCC og vil kunne være en god bidragsyter til innovasjon og kunnskapsutvikling.

4.1 Om Kreftregisteret og dets overordnede organisering

Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, ble etablert av Landsforeningen mot kreft i 1951 og overtatt av staten i 1979. Kreftregisteret ble i 2009 en del av Oslo Universitetssykehus HF, som en egen organisasjonsenhet med eget kapittel på statsbudsjettet og med eget enhetsstyre.

Instituttet samarbeider med sykehusene i alle helseregioner, med forskningsmiljøer i og utenfor universitetene nasjonalt, og med en rekke forskningsinstitusjoner i utlandet. I

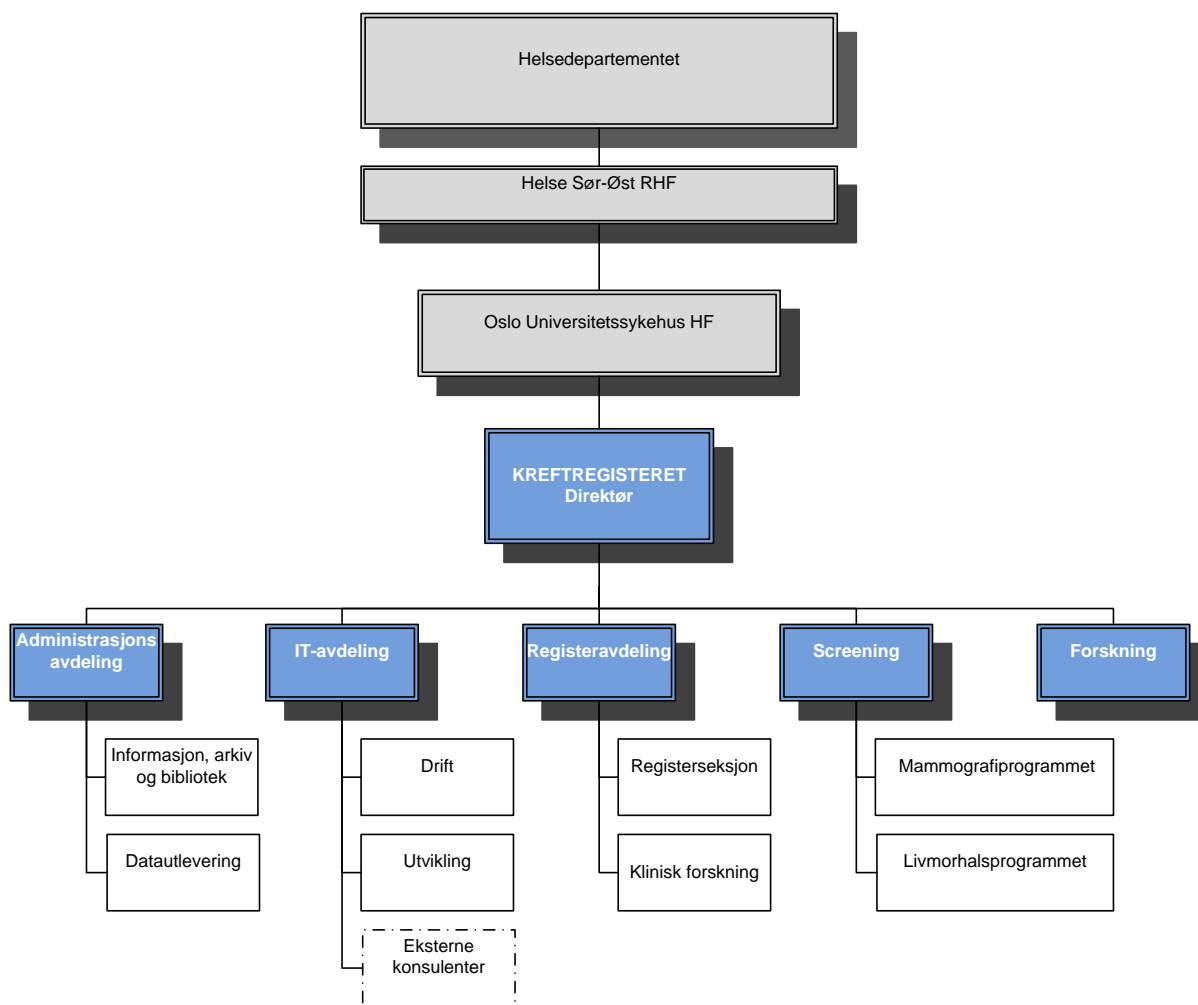
tillegg innehar Kreftregisterets forskere verv i flere nordiske og internasjonale organisasjoner og forskningsfora.

Kreftregisterets stab består av om lag 150 personer (120 årsverk) og er organisert i tre fagavdelinger og to stabs-/støtteavdelinger:

- Avdeling for årsaks- og karsinogeneseforskning: Forskning på arv, kosthold, hormoner, miljøfaktorer og yrkesbetinget kreft
- Avdeling for screeningbasert forskning: Masseundersøkelser mot livmorhalskreft og brystkreft, samt forskning
- Avdeling for klinisk forskning: Koding, registrering og forskning
- Administrasjonsavdelingen: Stabsfunksjoner, informasjon/dokumentasjon
- IT-avdelingen: IT-drift og – utvikling

Gjennom tidene har Kreftregisteret utviklet seg til å bli et register som kun registrerte kreftforekomst til også å inneha oppgaver forbundet med masseundersøkelser som Mammografiprogrammet og Masseundersøkelsen mot Livmorhalskreft, til nå også å ha behandlingskvalitetsregister for de ulike kreftformene. Forskningsaktiviteten har utviklet seg til å bestå på flere felter innen kreftepidemiologien, fra yrke-kreft, miljø og kreft, biobanker, screeningrelatert forskning, registerbasert forskning til mer og mer involvment mot klinisk forskning.

Figur 1: Organisasjonskart Krefregisteret



Figur 1: Organisasjonskart Krefregisteret

I Krefregisterets 59-årige historie har fokus vært på å registrere forekomst av ulike kreftformer, utvikling over tid og forekomst i forhold til kjønn, aldersgrupper og bosted. Sammenholdt med dødsårsaksregistret i Statistisk sentralbyrå kan Krefregisteret også se hvem som lever med eller overlever sin kreftsykdom. Mellom punktene diagnose og overlevelse eller død får hver enkelt pasient en komplisert behandling som påvirker utfallet av sykdommen. De menneskelige og økonomiske belastninger har omtrent likt forløp. I begynnelsen en kostbar diagnostiseringsprosess og primærbehandling, menneskelig og økonomisk, deretter lavere utgifter etter hvert i forløpet, og i de tilfeller der pasienten går inn i livets slutfase, gis en kostbar lindringsbehandling i alle betydninger av ordet. Ved at Krefregisteret systematiserer informasjon fra sykehusene om behandling som ble gitt, og hvilken behandling som har effekt og de som ikke har

effekt på ulike stadier av sykdommen, ville en kunne bidra til en mer korrekt behandling av ulike kreftformer på hvert sykehus. Dette ville kunne øke overlevelsen, og spare menneskelige og samfunnsmessige kostnader ved at flere ble friske og færre gikk inn i en unødvendig og smertefull slutfase.

Kreftregisteret har vist at en slik bruk av behandlingsdata virker. Gjennom etablering av enkelte behandlingsregistre på Kreftregisteret har man oppnådd forbløffende ny kunnskap og gode resultater over relativt kort tid. I 1988 fikk 28 % av radikalt opererte pasienter med endetarmskreft lokalt tilbakefall. (Kreftregisteret 2008) Da fikk pasienter med denne kreftformen ulik behandling på ulike sykehus. I 1993 ble en ny operasjonsmetode innført, med landsdekkende opplæring. Samtidig inngikk Kreftregisteret et samarbeid med de ulike sykehusene som meldte inn diagnostikk og behandling av endetarmskreft til instituttet. Fra dette året ble behandlingsdata registrert inn i et nytt register for endetarmskreft. Sykehusene fikk, og får fortsatt, tilgang til informasjon som kan brukes til å effektivisere og forbedre løpende behandling. Dette kan føre til at behandlingen kan fortsette på samme sted men med bedre resultater eller sykehuset kan, med grunnlag i vurdering av egen kompetanse, velge å sende pasienter til sykehus med et større faglig miljø og bedre behandlingsresultater. Dette siste har i stor grad skjedd. Antall sykehus som behandler denne pasientgruppen er blitt halvert de siste 10 årene ved at sykehusene selv har tatt konsekvensen av sine resultater. Antallet alvorlig syke har sunket. Antallet som i perioden 2002-2004 fikk lokalt tilbakefall var redusert fra 28 % i 1988 til 9 % i 2002-2004. 71 % av pasientene var i live 5 år etter at de har fått diagnostisert endetarmskreft i 2004 mot 61 % for ti år siden. (Kreftregisteret 2008) Dette er en vinn-vinn effekt for alle, en suksess som gir gevinst for samfunnet, sykehusene, og pasientene. En rekke slike gevinster er beskrevet i rapporten fra Norsk Helseregisterprosjekt.

De kliniske miljøene har etter hvert sett at systematiske behandlingsregistre er veien å gå for å oppnå bedre resultater i behandlingen av kreftsyke. De ulike grupper av spesialister innen ulike kreftformer arbeider, sammen med de respektive pasientorganisasjoner, aktivt for å få opprettet behandlingsregistre, i samarbeid med Kreftregisteret, for sine kreftformer.

4.2 Om Oslo Cancer Cluster (OCC)

Oslo Cancer Cluster (OCC) er en ideell medlemsorganisasjon som skal stimulere forskning og utvikling av ny kreftdiagnostikk og legemidler. OCC vil oppnå dette ved:

- Lokalt samarbeid og internasjonalt partnerskap med andre viktige aktører
- Å øke medlemsorganisasjonenes evne til å tiltrekke seg kapital
- Redusere utviklingsperioden ved utvikling av nettverk for effektive kliniske utprøvinger
- Å etablere Oslo Cancer Cluster Innovation Park som skal bringe forskning, farmasøytisk industri og utdanning tettere sammen.

OCC ble etablert i 2006 og har nå 60 medlemsbedrifter og organisasjoner fra hele Skandinavia. Medlemsmassen omfatter små og store farmasøytiske bedrifter, universitetssykehus, biobanker og registre, forskningsinstitusjoner og pasientorganisasjoner.

Sammen skal medlemmene arbeide for å nå OCC sin visjon:

«We are committed to improving the lives of cancer patients by accelerating the development of new cancer diagnostics and medicines. We will be one of the world leading cancer clusters by 2013.» (Oslo Cancer Cluster, 2010)

Medlemmer i Oslo Cancer Cluster:

Tabell 2: Medlemmer Oslo Cancer Cluster

Firma	Firma
Abbot Norge AS	NordicNeuroLab AS
Amgen	The Norwegian Radium Hospitale Research Foundation
Axcentua Pharmaceuticals	Novartis Oncology
BerGenBio AS	Lytix Biopharma AS
Biomolex	Medinnova AS
Algeta ASA	NorChip AS

AstraZeneca	Norwegian Institute of Public Health
Balter Medical AS	Oslo Cancer Cluster
Bio-Medisinsk Innovasjon AS	Pattern Solutions AS
Biotec Pharmacon ASA	Pfizer
Birkeland Innovasjon AS	PubGene AS
Cancer Registry of Norway	Sanofi-aventis Norge AS
DiaGenic ASA	siRNAsense AS
Epitarget AS	PCI Biotech
Immunicum	Photocure
Bristol-Myers Squibb	Roche
Clavis Pharma ASA	SINTEF
Drug Discovery Laboratory AS	Skannex AS
HUNT Biosciences AS	Stricent AB
Kreftforeningen	TFS Trial Form Support AS
LINK Medical Research	Vaccibody AS
MedCoast Scandinavia	Swedish Orphan
MSD Norge AS	

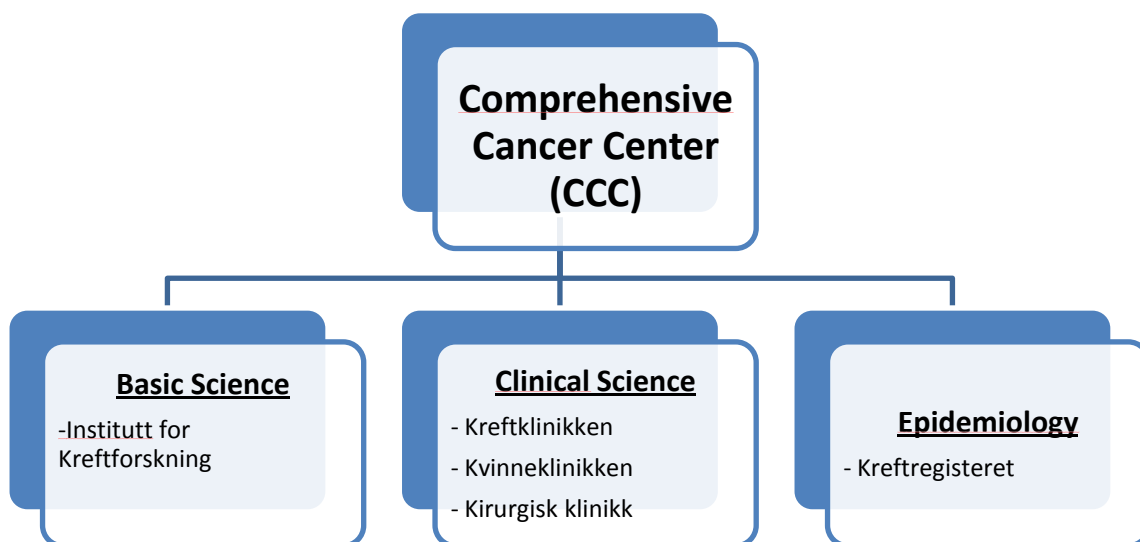
Tabell 2: Medlemmer Oslo Cancer Cluster

4.3 Om Comprehensive Cancer Center (CCC)

Radiumhospitalet (en del av Oslo Universitetssykehus HF) er i dag bygget opp som et Comprehensive Cancer Center (CCC). Et CCC-konseptet innebærer at det er spesialister av fagfolk innen alle felter av kreftområdet og på behandlingsmetoder. Disse sikrer en tilfredsstillende behandlingsoppfølging i tråd med nyeste kunnskap på kreftområdet. CCC-konseptet betyr at man også har samlet flere ledd i kreftforskningen og pasientbehandlingen under samme paraply – fra statistiske og epidemiologiske data om kreft, til grunnforskning på mange områder via klinisk forskning, translasjonsforskning og forskning på senvirkninger av selve kreftbehandlingen.

I CCC-konseptet i Norge inngår Institutt for kreftforskning, Kreftklinikken, Kirurgisk klinikk og Kvinneklubben ved Radiumhospitalet. Forskning og pasientbehandling utføres i samarbeid med spesialiserte miljøer innen patologi, bildediagnostikk, anestesi og klinisk kjemi (Rikshospitalet 2010). Kreftregisteret som administrativt er underlagt Oslo Universitetssykehus HF bidrar med svært viktig kompetanse i epidemiologi innenfor kreftsykdommer.

Figur 2: Comprehensive Cancer Center



Figur 2: Comprehensive Cancer Center

4.4 Innovasjon Norges rolle i innovative prosjekter for helsesektoren

Innovasjon Norge har som formål å fremme bedrifts- og samfunnsøkonomisk lønnsom næringsutvikling hele landet, og utløse ulike distrikters og regioners næringsmessige muligheter ved å bidra til innovasjon, internasjonalisering og profilering.

Den primære målgruppen er entreprenører og SMB med internasjonale vekstambisjoner/potensial.

Innovasjon Norge driver med rådgiving, nettverk, kompetanse, finansiering og profilering og er 750 ansatte med kontorer i alle landets fylker og i 30 land. Hovedkontoret er i Oslo.

Fokusområder er innovasjon, internasjonalisering og profilering, og de har virkemidler som kompetansebasert finansiering, rådgivning, nettverkskobling og eksponering. Innovasjon Norge har ”helse” som det ene av ni sektorsatsinger, og de finansierer prosjekter hovedsakelig gjennom OFU-ordningen (Offentlige Forsknings- og utviklingskontrakter.)

4.5 Oppsummering

Disse aktørene vil kunne hjelpe til med å danne et bakteppe for analysen av forskningsspørsmålene. Først og fremst vil dette være viktig i diskusjonen av forskningsspørsmål nummer 3, men kan også knyttes opp til forskningsspørsmål 2, der policy-dokumenter og handlingsplaner gir noen initiativer opp mot dannelse av forskningscluster som CCC og innovasjonsarenaer som OCC.

5. Empiri fra dokumenter og tekster

5.1 Dokumenter og programmer

5.1.1 Politiske styringssignaler og organisering av innovasjon

Her vil jeg redegjøre for overordnede politiske styringssignaler for området innovasjon. Hensikten er å danne en bakgrunn for å redegjøre og drøfte hvordan innovative organisasjoner og organisatoriske cluster reflekterer disse signalene i sine visjoner. En oversikt over dokumenter, policyer og handlingsplaner finner man i tabell 1 tidligere i avhandlingen. Dokumentene listet i tabell 1 er det jeg vil benytte for direkte drøfting av problemstillingen, mens dokumenter det er henvisning til nedenfor danner bakteppet for hvordan disse policyene og handlingsplanene har oppstått.

Internasjonale signaler

I den såkalte Lisboa strategien som ble vedtatt på EUs toppmøte i Lisboa i 2000, vedtok Sammenkomsten å fremme EU som den mest konkurransedyktige og dynamiske kunnskapsbaserte økonomien i verden innen 2010. Det ble lagt vekt på at grunnlaget for konkurransevnen til Europamåtte fornyes ved å satse på innovasjon, kunnskap og investeringer i menneskelig kapital.

Jeg nevner dette for å synliggjøre den sammenhengen Norges utvikling står i et forhold til, med tanke på stimulering av innovasjon og kunnskap. Det ligger utenfor denne oppgavens formål å drøfte perspektivet nærmere.

Nasjonale følger

I september 2002 ble det vedtatt av regjeringen å legge fram en handlingsplan for en helhetlig innovasjonspolitik i tilknytning til Statsbudsjettet for 2004.

Handlingsplanens overordnede mål var å legge til rette for økt verdiskapning over hele landet. Et innovativt næringsliv ble vurdert som en klar forutsetning for å sikre

levedyktige lokalsamfunn, ideer, framtidige arbeidsplasser, produkter og tjenester som kan hjelpe Norge med å møte framtidige utfordringer. Disse utfordringene vurderte regjeringen til å handle om høyt kostnadsnivå, økt internasjonal konkurranse og økte pensjonsutbetalinger. I handlingsplanen så regjeringen evnen til innovasjon og nyskaping som helt avgjørende for å lykkes.

I "Orientering om arbeidet med Regjeringens handlingsplan for helhetlig innovasjonspolitik" februar 2003, framholder Kommunal- og Regionaldepartementet at Norge har mange gode forutsetninger for å lykkes i en kunnskapsbasert økonomi. Departementet viser blant annet til høyt utdanningsnivå og flere fremragende forsknings- og utdanningsmiljøer som spesielt relevant for denne oppgavens formål å nevne (som for eksempel Comprehensive Cancer Center og Oslo Cancer Cluster).

Kompetanse og kunnskap blir ansett for å være særdeles viktige og avgjørende bidrag i utvikling av innovasjon i offentlig sektor og norsk næringsliv. Utdanningssystemet blir utsett til å spille en sentral rolle ved å tilby relevant kompetanse av høy kvalitet på alle nivåer. Se forøvrig avsnittet 'Fagkunnskap og konkurranse' lenger ned. Utdanningenes innhold må rask kunne tilpasses de endringer og de behov som oppstår i arbeidslivet, og handlingsplanen framholder at utdanningsinstitusjonene må reagere effektivt på endringer i behov for ulike utdanninger. Samtidig påpekes behovet for at offentlig sektor og næringslivet klarer å ta til seg ny kompetanse fra utdannings- og forskningssystemet.

Det 'urovekkende' etter mitt syn, er at man i disse nasjonale handlingsstrategier ikke kan lese noen eksplisitt henvisning til helsesektoren og implikasjoner i forhold til samarbeide mellom offentlig sektor og industrien. Det er heller ingen konkrete signaler på hvordan offentlig sektor innenfor helse skal styre etter i denne stimuleringen for økt innovasjon.

Jeg vil videre gå mer konkret til verks for å se nærmere på regjeringens handlingsplan for utviklingen av et innovativt næringsliv for dermed å se på hva slags betydninger jeg kan trekke ut av dette i eget arbeid for å se på helsesektoren generelt.

5.1.2 Handlingsplanen for utvikling av innovasjon i Norge

'Fra ide til verdi'

Bondevik-regjering vedtok å utvikle en helhetlig innovasjonspolitik for å nå målet om at Norge skulle være i tet internasjonalt. Et første viktig skritt ble tatt med framleggelsen av statsbudsjettet for 2004. I dette statsbudsjettet tok regjeringen mål av seg til å presentere en slik helhetlig innovasjonspolitik med fokus på:

- Generelle rammebetingelser for næringslivet
- Kunnskap og kompetanse
- Entreprenørskap, oppstart av ny virksomhet
- Forskning, utvikling og kommersialisering
- Fysisk og elektronisk infrastruktur

Denne innovasjonspolitikken er videreført de senere år med Stortingsmelding nr. 7 – Innovasjonsmeldingen (NHD 2008).

5.1.3 Helsedepartements-dokumenter om innovasjon i helsevesenet/helsesektoren

I nasjonal helseplan for 2007 – 2010 (HOD 2006) finner vi definert noen strategiske områder, blant annet hvordan Helseplanen tenker seg sammenhengen mellom innovasjon og forskning. Det heter seg i planen: ” Nasjonalt må det etableres et godt samarbeid om forskning, forskerutdanning, forskningsveiledning og forskningsbasert innovasjon mellom helsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren.” Videre sier Helseplanen at satsingen på innovasjon og kommersialisering i helsesektoren vil være viktig for å nå målet om å øke forskningsaktiviteten til 3 prosent av BNP innen 2010 (HOD 2006).

Ut fra dette kan man spørre seg hvordan Helseplanen egentlig tenker sammenhengen mellom innovasjon og forskning. Den definerer dette skillet veldig utydelig og man må vel kunne spørre seg om både innovasjon og forskning vil tape på dette. I planen benyttes nemlig innovasjon som et mål for å vise høy forskningsaktivitet. Dette kan bli

sirkulært, og på samme måte som Spilling sier at entrepenørskap ikke nødvendigvis følger av innovasjon, så gjør Helseplanen på en måte det motsatte og forutsetter at forskningsaktivitet er en forutsetning for innovasjon i helsevesenet, noe som kan være tilfelle, men her blir det muligens brukt feil, da man anser innovasjon som et mål på noe annet enn det det nødvendigvis blir definert å være.

5.1.4 Norges Forskningsråd

Norges Forskningsråd (NFR) har flere programmer som gir muligheter for finansiering av innovasjonsprosjekter som er helserelevante, og NFR yter en stor finansiell bistand til slike prosjekter. Det man ut av NFRs programmer kan lese, er imidlertid et mer fokusert program blant NFRs brukere for blant annet å gi et klarere signal om betydningen av innovasjon innen dette området. Dette vil jeg komme tilbake til i diskusjonen av forskningsspørsmålene.

5.1.5 Innovasjon Norge

Innovasjon Norge har 'helse' som en av ni sektorsatsinger, og de finansierer prosjekter hovedsakelig gjennom OFU-ordningen (Offentlige Forsknings- og utviklingskontrakter). Følgende kriterier for et godt OFU-prosjekt innen helsesektoren er gitt av Innovasjon Norge:

Tabell 3: Kriterier for OFU-prosjekt

- Prosjektet må ha tilstrekkelig innovasjonshøyde (ikke kun en regulær videreutvikling)
- Prosjektet må være forankret hos ledelsen til leverandøren og den krevende kunden
- Prosjektet må passe inn i en nasjonal prioritering innen helsesektoren
- Leverandøren må ha en klar forretningsplan inklusiv en realistisk markedsvurdering
- Prosjektinnsatsen må stå i forhold til markedsmulighetene og samfunnsnyttene

- Det må være et reelt samarbeid mellom leverandør og krevende kunde. Dette betyr at kunden bør utføre minst 20 % av prosjektinnsatsen.
- Leverandøren må ha gjennomføringsevne både når det gjelder kompetanse og økonomi.

Tabell 3: Kriterier for OFU-prosjekt

5.1.6 InnoMed

InnoMed er et program i regi av Helsedirektoratet, og det fokuserer på behovsdrivet innovasjon i helsesektoren. Dette programmet framstår som et av de mest komplette innovasjonsprogrammet i Norge per i dag for helsesektoren (Samarbeidsavtalen 2007). Jeg vil ikke gå videre inn på behovsdrivet innovasjon i denne avhandlingen.

5.1.7 Fagkunnskap og kompetanse

For å fremme innovasjon i helsesektoren, er det antakelig en suksessfaktor at sektoren har et utstrakt samarbeide mellom lærersteder for medisin, teknologi og administrativ kompetanse, og da med innovasjon som et overbygg. Eksempler på slike lærersteder er for eksempel NTNU. NTNU har etter det jeg kjenner til som mål å utdanne fagfolk som fokuserer på innovasjon og som lærer å sikre innovativ suksess. Dette gjøres tverrfaglig og ved de forskjellige instituttene, det være seg datateknikk, medisin eller innen samfunnsvitenskaplige institutt.

Hva må til for å lykkes?

En tilnærming for å si hva som må til for å lykkes med innovasjon, kan blant annet være å se på barrierer og drivere.

Typiske eksempler på barrierer kan være:

- Størrelse og kompleksitet
- Motstand fra profesjoner, profesjonskamp og silotenkning
- Liten risikovillighet

- Manglende kapasitet til organisasjonslæring
- Motstand mot endring
- Manglende ressurser
- Tekniske barrierer

Typiske eksempler på drivere kan være:

- Politisk ”dytting”, politisk ønske om å drive frem løsninger for et bedre helsevesen
- Innovasjonskapasitet – ansatte med høy utdanning og sterk vilje til å drive frem løsninger til beste for pasientene
- Konkurransen – det offentlige helsevesens posisjon er ikke sterkere enn den til enhver tid politiske majoritets ønsker. Kan trusselen om privatisering være innovasjonsdrivende?
- Teknologisk utvikling – teknologiske nyvinninger gir påfølgende innovasjoner på andre områder; for eksempel organisering

For å lykkes med innovasjon innenfor et område som for eksempel helse må man etter definisjoner, uansett vinkling, være villig til å gå utenfor de ferdigtråkkede veiene. Det kommer ikke nødvendigvis innovasjon ut av gjenbruk. Et godt eksempel her kan være overgangen fra analoge mammografiapparater, som i utgangspunktet var basert på tradisjonelle røntgenrør, endog med bildeplater som hadde en god del mer oppløsning, til digitale mammografiapparater som krevde en helt annen tilnærming i bruk av stråledoser, opptaksmatriser og teknologi på selve stråleenheten. Apparatet ser fortsatt ut som et tradisjonelt mammografiapparat, men alt på innsiden er basert på helt andre ideer og prinsipper; prinsipper og ideer hentet fra forskning på digital billedbehandling mer enn forskning på røntgen og generell stråleteori. Men å gå på slike uoppgatte stier krever ressurser og man må formulere behovene på nye måter. Tilbake til mammografien, så var det den siste radiologiske disiplinen som ble digital. Analog mammografi fungerer helt fint det, men ikke i interaksjon med den digitale radiologiske avdelingen. Altså; insentivet til å tenke nytt innen mammografien meldte seg fordi det var en mastodont som ikke kunne kommunisere med bildarkiver, radiologiske informasjonssystemer, og

etter hvert ei heller med brukerne fordi disse begynte å venne seg til utstrakt bruk av EDB i sitt virke. Videre kommer man til at man ikke bare må etterspørre teknologi for teknologiens skyld, men faktisk beskrive hva man vil oppnå (ATV 2005). Så må man for å lykkes med innovasjon slutte å etterspørre løsninger som gir adgang til å benytte gamle arbeidsmåter. Man er ikke interessert i masse røntgenfilm-utskrifter på en radiologisk avdeling, når man har en mye bedre tilgang på bilder via høyoppløselige arbeidsstasjoner som står overalt. Det ”papirløse samfunn” er med ett et faktum på mange radiologi-enheter rundt om i verden. Å være bakstrevsk og benytte gamle arbeidsmåter vil sette et miljø som i stor grad tar i bruk innovasjoner et langt skritt tilbake.

5.2 Oppsummering - Funn fra dokumentanalyser

Fra Stortingsmelding nr. 7 – Innovasjonsmeldingen (NHD 2008), kan man se at Regjeringen legger til grunn følgende tiltak for å fornye offentlig sektor:

- Gjennomgå insentiver for fornying i offentlig sektor generelt, og helse- og omsorgssektoren spesielt, og om nødvendig foreslå tiltak for å forbedre disse.
- Legge til rette for økt verdiskaping basert på gode løsninger i offentlig sektor. Et eksempel fra IKT som fornyingsverktøy er økt bruk av elektronisk identifikasjon (e-id).
- Involvere innbyggerne enda mer i utvikling, gjennomføring og evaluering av offentlige tjenester blant annet ved å gjennomføre nasjonale innbyggerundersøkelser og systematiske målinger av resultatoppnåelse og ressursbruk.
- Satse særskilt på innovasjon i helse- og omsorgstjenesten.
- Videreføre styrkingen av kommunesektoren som tjenesteyter.
- Styrke det offentlige som krevende kunde ved å gjøre det enklere å ta i bruk forsknings- og utviklingskontrakter og øke kompetansen hos offentlige innkjøpere.
- Gjøre tjenestemottakernes samhandling med det offentlige enklest mulig og oppmuntre til fornying i samfunnet generelt ved at det offentlige tar i bruk innovative løsninger, blant annet elektronisk signatur og nye tjenester i Altinn.

Sett i forhold til Bondevik-regjeringens tiltak for en helhetlig innovasjonspolitik fra Statsbudsjettet 2004, ser vi at det er mye det samme som er videreført, endog er meldingen fra 2008 noe mer detaljert og konkret. Spesielt nevnes helse- og omsorgsektoren.

Ut fra dette kan vi lese at innovasjonspolitikken på mange måter har utviklet seg lite på 4 år, men sett i lys av at Norge stort sett ikke har hatt en primær og overordnet innovasjonspolitik før dette, er tiltakene som foreslås og som fortsatt ligger der i dag et forholdsvis stort sprang.

Henstillinger og tiltak i de offentlige styringsdokumentene for innovasjon gir seg utslag i noen programmer spesielt rettet mot helsesektoren, og av disse kan nevnes OUF-prosjektene fra Innovasjon Norge, InnoMed fra Helsedirektoratet og programmene fra Norges Forskningsråd. Felles for alle disse programmene er at det er velmente tiltak, men det kan virke som de er litt for generelle og litt for tilpasset det private næringsliv mer enn helsesektoren. Barrierene kan synes å være litt for høye til at mange prosjekter ser dagens lys. Disse barrierene er beskrevet i avsnittet 'Fagkunnskap og kompetanse' i dette kapitlet.

I nasjonal helseplan ser man på innovasjon som et mål på høy forskningsaktivitet, og helseplanen er utydelig på skillet mellom innovasjon og forskning. Dette kommer jeg litt tilbake til i kapittel 6 i relasjon til forskningsspørsmålene.

Samhandlingsreformen konsentrerer seg om bruk av anvendt IKT mer enn innovasjon på området. Man kan lese ut av reformen at det legges stor vekt på blant annet telemedisin. Jeg vil diskutere dette litt mer i sammenheng med forskningsspørsmålene i kapittel 6.

For å oppsummere funnene i henhold til forskningsspørsmålene, vil jeg under sette opp følgende punkter:

Forskningsspørsmål 1

- Det er gitt styringssignaler om at det skal legges til rette for verdiskapning
- Særskilt satsing på helse- og omsorgstjenesten
- Enklere å ta i bruk forsknings- og utviklingskontrakter
- Øke kompetanse hos offentlige innkjøpere

Forskningsspørsmål 2

- OUF-prosjektene fra Innovasjon Norge er innført
- Fokus på utdanning og kompetanse for innovasjon
- Mange barrierer
- Velmente tiltak, men litt for generelle
- Mer tilpasset privat næringsliv enn sektoren selv
- Innovasjon er et mål på høy forskningsaktivitet
- Utydelig på skillet mellom innovasjon og forskning

6. Dataframstilling og analyse

6.1 Gjennomføring av dokumentanalysen

Data til å belyse de overordnede politiske styringssignaler om innovasjon i Norge er innsamlet ved å gjøre litteraturstudier i offentlige dokumenter. I tillegg har jeg sett på webpublikasjoner til virkemiddelapparatet til staten for innovasjon og forskning (Innovasjon Norge, InnoMed og så videre). Jeg har også sett på handlingsplaner og policy-dokument utgitt av departementene.

Dokumentene jeg har lagt til grunn, har jeg funnet fram til ved å benytte søk i offentlige databaser, som departementenes og regjeringens webbibliotekssøk, samt ved å søke på innovasjon og helsesektor ved lokale biblioteksystemer ved foretaket og ved å benytte internett-søk.

I forrige kapittel gikk jeg gjennom de resultater jeg kom fram til i dokumentene, og i dette kapitlet vil jeg benytte disse funnene til å gjøre en analyse for å svare på forskningsspørsmålene mine og selve problemstillingen.

6.2 Gjennomføring av egen intervjuundersøkelse

6.2.1 Intervjuer

Kvalitative intervju kan planlegges og gjøres på forskjellige måter etter hva som måtte passe. I kapittel 2 har jeg gått gjennom intervju som metode. Det kan i mange henseender være passende med intervjuundersøkelser med lite struktur og dertil generelle og forholdsvis åpne spørsmål, der man snevrer intervjuene inn (traktprinsippet). Ved en slik tilnærming blir intervjuet mer en samtale som preges av hvilket tema informanten tar opp.

I stedet for et intervju med lite struktur, kunne jeg for denne avhandlingen gjort et strukturert intervju. Med et strukturert intervju er spørsmålene fastlagt på forhånd, men informanten er likevel fri til å utbrodere svarene sine. En klar fordel med strukturerte intervju, vil være at svarene vil være sammenlignbare fra intervju til intervju.

Jeg falt på, for denne avhandlingen, å benytte meg av et delvis strukturert intervju. Tema var fastlagt på forhånd, men tanken var at rekkefølgen kunne bestemmes underveis.

Intervjuguiden bestod av noen spørsmål, og sammen med tema dannet dette grunnlaget for intervjuene. Jeg tenkte lenge på hvilke spørsmål jeg skulle ha, og jeg bestemte meg for å benytte de spørsmålene jeg hadde som utgangspunkt for min første konstruksjon av problemstillingen (som ble videreføret og endret underveis). Disse spørsmålene var såpass presise at informantene skjønnte hva det dreide seg om, uten at jeg hadde måttet forklare og avgrense temaet veldig.

Intervjuguiden var lik for alle informanter, både for de som var ansatte i Kreftregisteret, i helseforetaket og i det private næringsliv.

Når det kommer til de etiske utfordringene knyttet til relasjonen mellom forsker og informant, gjelder dette først og fremst den nære kontakten mellom oss. En viss nærhet vil være nødvendig for kvaliteten på materialet, men den etiske vurderingen bør gå på hvor mye nærhet som er forsvarlig. Med utgangspunkt i ansatt-relasjoner i Kreftregisteret, HF og privat næringsliv så jeg ikke noe spesielt problem i dette, da tema for avhandlingen er lite personlig. Informasjonen jeg var ute etter var hverken sensitiv eller personlig. Dette gjør at mine etiske utfordringer er små, men allikevel veldig viktig å være bevisst på.

6.2.2 Problem ved egne undersøkelser

Den formelle metodiske kunnskapen i forbindelse med intervjuene var for så vidt i orden, og intervjuguider og forespørslar var i orden. Allikevel dukket det opp store praktiske problemer.

De største problemene jeg støtte på, og som på mange måter har desimert både reliabilitet og validitet på intervjuundersøkelsene var problemer knyttet til tidsrammer og brutte avtaler. For eksempel måtte absolutt *alle* informanter jeg i utgangspunktet hadde bryte intervjuavtalene, grunnet geografisk lokasjon og tidspress. Dette førte til et tidspress der jeg ikke fikk noen nye intervjuavtaler med informantene, og til slutt var jeg

nødt til å skaffe alternative informanter samt å gjennomføre intervjuene på en veldig lite hensiktsmessig måte. Endepunktet på intervjuundersøkelsene ble at jeg måtte få de informantene jeg hadde tilgang til, til å svare på intervju spørsmålene skriftlig. Dette betød at jeg ville få svar på de spørsmålene jeg stilte, men ikke nødvendigvis i den riktige rekkefølgen jeg ville ha gjort det i forhold til hvilke informanter jeg intervjuet ansikt til ansikt. Dette innebar også at de svarene jeg fikk inn ikke var mulig å tolke underveis i intervjuet for eventuelt å stille mer inngående og utdypende spørsmål. Alle mine forberedelser til lydopptak og transkripsjon ble med andre ord temmelig fånyttede.

Jeg har allikevel fått inn såpass til svar fra en del av informantene (4 informanter) at jeg mener det er forsvarlig å ta dette med i avhandlingen. De fire informantene representerer viktigste gruppene jeg følte var nødvendig for å få svar på forskningsspørsmålet. Informantene kom fra leder og nestleder ved avdelinger i Kreftregisteret, forskningsleder ved et helseforetak og forskningssjef i et av verdens største farmasifirma.

Kort oppsummert var problemene jeg hadde med intervjuundersøkelsen følgende:

- Tilgjengelighet til informanter.
- Interesse fra de som ble forespurt å være informanter.
- Besvarelse av intervju spørsmålene ble gjort skriftlig uten min deltakelse annet enn på telefon.
- Ingen samtale med informanter som kunne tolkes underveis av forsker (meg).

Intervjuene blir gjennomgått i avsnittet som dreier seg om forskningsspørsmål 3.

6.3 Analyse

6.3.1 Forskningsspørsmål 1:

Hvilke overordnede politiske/offentlige styringssignaler om innovasjon er gitt?

Bakgrunn for spørsmålet

Jeg har stilt dette spørsmålet, fordi jeg i mitt virke ofte har vært usikker på hvor 'langt opp' i forvaltningen i offentlig sektor slike styringssignaler blir gitt. Jeg har antatt at det må ligge en del føringer *over* hver enkelt sektors styringsdokumenter og handlingsplaner. Det er for eksempel henvisninger til stortingsmeldinger i policy-

dokumenter for helsesektoren, og det er interessant å se på hvilke føringer de overordnede styringssignalene om innovasjon gjenspeiler seg i mer utførende policy-dokumenter og handlingsplaner for forskjellige sektorer.

Analyse

Med bakgrunn av de funnene jeg har gjort i dokumentanalysene i forrige kapittel, kan man i all hovedsak identifisere den såkalte 'Innovasjonsmeldingen', samt Stortingsmelding nummer 1 fra henholdsvis 2005 og 2008.

Her legges det til grunn en helhetlig innovasjonspolitik, basert på ideen fra Bondevikregjering i 2003 som ble manifestert første gang i statsbudsjettet 2004. I all hovedsak gir disse dokumentene en veldig overordnet føring for hvordan eventuelle policy-dokumenter og handlingsplaner skal utarbeides og utføres. Det er veldig fokus på næringsliv, noe som selvsagt er naturlig, da det er i det private næringsliv vi finner de største innovasjonsetablisementene. Det er liten fokus på det offentliges potensial for innovasjon, men det er tatt med etter hvert som årene har gått. Det som går igjen når det kommer til hvordan man ser for seg forskjellige offentlige sektorers handlingsprogrammer og policy-dokumenter og tiltakene som bør komme her, er at det er fokus på verdirealisering for det private næringslivet, og ikke for de forskjellige offentlige sektorene. Når man ser gjennom tekstene i disse overordnede dokumentene kan det til tider være vanskelig å se koblingen mellom sektorer og initiativene til innovasjon som er lagt.

Innovasjon er etter teorien noe som setter nye ideer og tanker ut i livet, reduserer konsepter til praktiske tilnærminger og applikasjoner og dertil former kommersiell suksess og omsetter kunnskap til penger.

Ser man på individperspektivet, så er det individet som er hovedkilden for endring og utvikling i en organisasjon, og man ser det ikke alltid nødvendig med eksterne faktorer, da hver enkelt har incentiv for å nå egne mål. Man antar at det er noe som kjennetegner en innovativ individualist, som god selvtillit, målbevist og god organisasjonsevne. Slappendal referer til forskere som knytter innovasjon til individenes grad av tilfredshet

med situasjonen (Slappendal 1996). Når diskrepansen mellom ønsket situasjon og nåværende situasjon blir for markant, søker man etter alternativer.

I strukturperspektivet, som jeg har redegjort for i kapittel 2, er det strukturen, systemet eller konteksten innovasjonen skjer i som står i fokus. Ser man dette i en sammenheng med kunnskapshjelpere kan det i teorien vises en slags kobling mellom kunnskapsutvikling, entrepenørskap og innovasjon. Teorien peker på at man i et slikt perspektiv ikke lar kunnskapsutviklingen basere seg på enkeltpersoner (von Krogh et. al 2001) men heller å ha et fokus på et kunnskapende miljø (Gotvassli 2007)

Ut fra mine tolkninger og funn fra dokumentene, ser man spor av den teoretiske basen for innovasjon og entrepenørskap og kunnskapsutvikling. Dokumentene støtter seg på omtrentlige definisjoner av innovasjon, ganske lik de definisjoner jeg har gitt i kapittel 2. Allikevel setter ikke disse dokumentene mål av seg til å gå dypere i materien på samspillet mellom kunnskapsledelse, innovasjon og entrepenørskap.

Svar på forskningsspørsmål 1

Jeg har funnet i hovedsak tre overordnede dokumenter som gir styringssignaler for en helhetlig innovasjonspolitik for Norge. Disse dokumentene gir igjen ansvar videre til departementene for å lage handlingsprogrammer og policy-dokumenter for sine sektorer. Den overordnede tanken bak en slik helhetlig innovasjonspolitik synes god, og det blir opp til hvert enkelt departement med ansvar for sine sektorer om denne politikken blir suksess eller mindre god.

Statsbudsjettene for 2005 og 2008 gir rom for at departementene skal videreutvikle innovasjonstankegangen som er skissert i Innovasjonsmeldingen.

Sett opp mot resultatene jeg fant fra egen empiri (intervjundersøkelsen) kan man se at denne 'tjenesteveien' ikke er særlig godt uttrykt ovenfor hver enkelt sektor, da styringsdokumenter for en slik helhetlig innovasjonspolitik ikke er særlig reflektert blant de informantene som hadde sitt virke godt nede i foretakssystemet.

Hvis man ser de overordnede styringsdokumentene opp mot den teoretiske bakgrunnen for innovasjon, er det helt tydelig at de tar mål av seg å være akkurat det; overordnet og

går ikke inn i problematikken som ligger til grunn i teorier om innovasjon (og entrepenørskap). På dette nivået er det strukturperspektivet som er gjeldende, uten at det utdypes nærmere.

6.3.2 Forskningsspørsmål 2:

Hva slags effekt har policy-dokumenter og programmer for innovasjon i helsesektoren?

Bakgrunn for forskningsspørsmålet

Dette spørsmålet har jeg stilt fordi jeg ønsker å se på linjen fra overordnede politiske styringssignaler for innovasjon til helsesektorens egne styringsdokumenter og handlingsplaner er. I tillegg selve essensen av spørsmålet; nemlig effekten av disse dokumentene og programmene. Som nevnt tidligere i avhandlingen, har jeg mine oppfatninger og undringer over om hvorvidt disse dokumenter og handlingsplaner kommer til syne nedover i sektoren, det vil si ned i foretakssystemet, og for så vidt vil jeg anta, ned i primærhelsetjenesten som er kommunale anliggender. Det ligger utenfor denne avhandlingen å se på primærhelsetjenesten.

Analyse

Med bakgrunn av de funnene jeg har gjort i dokumentanalysene i forrige kapittel, kan man i all hovedsak identifisere samhandlingsreformen og nasjonal helseplan som gjeldende og valid dokumentasjon for å se på effekt av disse som henholdsvis policy-dokument og handlingsplan for innovasjon i helsesektoren.

Forskningsspørsmålet spør etter effekten av slike handlingsplaner og policy-dokumenter, og ut fra innholdet i disse kan man, som skrevet i forrige kapittel, konkludere med at effekten kanskje ikke her helt som ønsket. Begrunnelsen min for å si dette, er at helseplanen tydelig ser på innovasjon som et mål på høy forskningsaktivitet, og er utydelig på skillet mellom innovasjon og forskning, mens Samhandlingsreformen konsentrerer seg mot bruk av anvendt IT og IKT som innovasjon. I det digitale helse-norge kan man kanskje ikke kalle telemedisin 'innovasjon' lenger? Telemedisin er på

mange områder, på alt fra patologi, radiologi og møtevirksomhet/opplæring vel anvendt i de fleste helseregioner nå i 2010. Fokus på anvendt IT er ikke et skjevt fokus fra Samhandlingsreformens ståsted, men å si at den virker proaktivt for innovasjonstankegang er kanskje å strekke det litt langt. IT som verktøy i helsesektoren, både med tanke på bruk innen medisinsk-teknisk område og på samhandling av data er framtiden, og dette vil selvsagt på mange områder gi incentiver til innovasjon.

Teoretisk sett gir policy-dokumentene lite av det man kanskje kunne ventet med henhold på kunnskapsutvikling, innovasjon og entrepenørskap. Gitt de overordnede styringsdokumentene for innovasjon, skulle man kanskje tro at disse dokumentene og handlingsplanene la mer til rette for en mer direkte forankring i kunnskapsbegrepenes betydning for innovasjon.

En forklaring på hvorfor innovasjon ikke står først på dagsordenen i for eksempel spesialisthelsetjenesten, kan jo være det strukturelle perspektivet (Newell 2002). Sykehus i prosess og drift er veldig standardiserte og gir lite rom for innovasjon knyttet til individ. Individperspektivet ville jo på mange måter ha gitt idealister og målbeviste ansatte rom for å forbedre egen virksomhet, slik jeg diskuterte i analysen til forskningsspørsmål 1. Slik er det ikke lagt opp til i dagens spesialisthelsetjeneste, og derfor gir nok heller ikke policy-dokumenter og handlingsplaner føringer for dette.

Kompetanse er et punkt som berøres i handlingsplanen, men som heller ikke utdypes spesielt utover at man må bygge mer kompetanse for å imøtekomme innovasjonstankegangen. Collins (2007) beskriver i sin forskning av kompetanse (expertise) at man må løse det vanskelige problem med å rekonstruere verdien av vitenskap når man ikke har vissheten om at man kan levere det folk eller kunder vil ha. Det synes ikke som hverken policy-dokumenter eller handlingsplaner behandler dette særlig inngående, men man er inne på noe i Samhandlingsplanen når man sier at telemedisin og samkjørte helseregistre er prioriterte aktiviteter. Problemet er at man neglisjerer mye kompetanse, da dette på mange måter er presset fram av den medisinske profesjonen. I dagens helsesektor, som er så sammensatt av profesjoner, er dette, som Collins (2007) sier, å gå tilbake til gamle dager hvor alle i 'hvit frakk' ble behandlet som autoriteter. Tidligere i avhandlingen stilte jeg spørsmålet om telemedisin i 2010 kan

betraktes som en innovasjon av i dag. Sett fra et teknologiperspektiv eller et bruker/pasient perspektiv er ikke dette lenger særlig innovativt. Det er der, og det brukes i omtrent alle helseregioner.

Svar på forskningsspørsmål 2

Det kan virke som det er meget gode intensjoner gitt i Samhandlingsreformen og Helseplanen med tanke på innovasjon i helsesektoren. Det har nok også gitt mange gode incentiver til innovasjonstankegang nedover i foretakssystemet, med fortsatt er det lite i disse dokumentene som gir med noen føringer om økonomi og ressursallokering. Så lenge dette ikke er gjort tydeligere, tror jeg effekten av policy-dokumenter og handlingsplaner kommer skjevt ut i forhold til alle de andre gjøremålene helsesektoren har, og da spesielt innenfor foretakssystemet som får strammere og strammere økonomiske rammer.

Inntil økonomiske forutsetninger legges klarere fram, tror jeg hovednyttene av disse dokumentene ligger i at de faktisk sier noe om en helhetlig satsing på innovasjon i sektoren. Det er nevnt flere innovasjonsarenaer som InnoMed, Innovasjon Norge og Norges Forskningsråd. I tillegg har man de foretaksbaserte arenaene som MedInnova og OCC. Så lenge det er gitt en føring om videre satsing, tror jeg allikevel det ligger en viss nytte for helsesektoren.

6.3.3 Forskningsspørsmål 3:

På hvilken måte kan Kreftregisteret i et CCC virke for bedre innovasjon i OCC?

Bakgrunn for spørsmålet

Dette spørsmålet har jeg stilt fordi jeg ønsker å se på oppfatninger blant folk som jobber opp mot innovasjonsarenaen. Det kan være at policy-, styringsdokumenter og handlingsplaner på et politisk og overordnet nivå ikke nødvendigvis gjenspeiler seg nedover i organisasjoner. Mye blir fagre planer og visjoner, men i en presset arbeidshverdag, der økonomiske rammebetingelser blir dårligere og dårligere, kan det være at planer og visjoner ikke gjenspeiles i praktisk utnyttelse. Spørsmålet tar

utgangspunkt i en spesifikk institusjonell konstellasjon (Kreftregisteret, Oslo cancer cluster og Comprehensive Cancer Center), og siden OCC er en innovasjonsarena som Kreftregisteret og CCC er medlemmer av, mener jeg at spørsmålet kan være et mål på om det jeg har funnet i forskningsspørsmål 1 og 2 faktisk er tilstede.

Sammendrag av intervjuer

I de intervjuer jeg fikk inn, var det tydelig at de som svarte ikke hadde så veldig nært forhold til innovasjon i sektoren, ei heller innovasjon på basis av eget virke i institusjoner. De hadde ideer og tanker omkring innovasjon i forhold til Kreftregisteret og OCC, men det falt mer på den økonomiske biten man kunne nyte godt av hvis man kunne dra noe nytte av hverandre som organisatoriske kropper.

Analyse

Kreftregisteret kan være en medspiller i hele prosjektforløpet fra idéunnfangelse og initial forskning til utprøving, studier, validering og oppfølging. Institusjonen vil kunne sette prosjektet inn i et populasjonsperspektiv hvor betydningen for både den enkelte og befolkningen er i fokus.

Molekylære epidemiologiske studier har begynt å kaste lys over kompleksiteten av gener/miljø-interaksjoner som underlag for sykdom og Kreftregisteret vil kunne bidra med epidemiologiske faktorer som kan påvirke risiko den individuelle har for å utvikle sykdom. Dette kan også være målbare forandringer i blodprøver tatt forut for diagnose som kan fås fra Kreftregisterets Janus biobank. Dette kan være både gener og biomarkører og kunne inngå i både preventive tiltak og behandling.

Man vil sammen kunne arbeide for å integrere biobanker og kvalitetsregistre for å bli et grunnleggende verktøy for forebygging og tidlig deteksjon.

For nasjonale og internasjonale studier innen translasjonsforskning er betydningen av registre til Kreftregisteret nå blitt vesentlig. Dette er fordi en må oppnå et tilstrekkelig antall deltakere i studier slik at en får individualisert evaluering av terapierespons og prognose hvis en ønsker å sammenligne kreftbehandling og utfall.

(Behandlings)kvalitetsregistre er instrumentet for å få produktet ut til alle på nasjonalt nivå med samtidig full kontroll over alle individer. En vil da kunne ha helseøkonomiske fordeler samtidig som en ikke frigir produktet uten kontroll over mulighetene for videre

forskning og kontroll av utviklingen. Et samarbeid med OCC vil legge til rette for at den sene translasjonsforskning inkluderer en større del av befolkningen med henhold på behandlingseffekt og kvalitet av behandling samt helseøkonomiske fordeler.

Kreftregisteret vil kunne være et bindeledd mellom OCC og de andre sentrale og nasjonale helseregistre. En vil dermed kunne legge til rette for utnytting av de unike registre som finnes. Kreftregisteret samarbeider tett med andre nordiske land og har også prosjekter i EU, USA og i utviklingsland. Dette vil legge til rette for prosjekter som involverer Kreftregisterets partnere og inklusjon av flere pasienter. Kreftregisteret kan være en medspiller inn mot offentlig forvaltning ved innføring av nye metoder for diagnostikk og behandling.

En vil i et samarbeid med OCC få opplæring, kommunisering og disseminering av kunnskap. En vil kunne evaluere og kvalitetssikre hverandre underveis og sammen få mye bedre preventive tiltak, behandling, forskning og utdanning.

Kreftregisteret har gode publikasjoner på insidens, overlevelse, prevalens og mortalitet, men kan delta mye mer i kreftstrategi og tiltak for forbedret diagnostikk og behandling av kreft. I tillegg ligger potensialet der for å være en mye mer delaktig støttespiller for innovasjonsarenaen i CCC som er tett knyttet opp mot OCC. Man bør få inn utvikling av kreftstrategi og evaluering av denne, spesielt vil det være fra et innovasjonssynspunkt et stort behov for kontrollert innføring av biomarkører for tidlig diagnostikk og behandling, samt forbedret medikamentell terapi og bedret oppfølging.

Kommersielle aktører

Kommersielle aktører må trekkes inn tidlig, og det er nok viktig at helsevesenet må opptre som krevende kunder. De må definere sin forretningsmodell, og definere hva de vil oppnå overordnet. Det må settes av tilstrekkelige ressurser til utvikling og samarbeide og man må forske på effektmål av innovasjon, for eksempel gevinstrealisering. Det er også viktig med et tidlig samarbeid med leverandørindustrien. Her må leverandørene kunne vise hva som er mulig gjennom teknologi og standarder av i dag og innovasjon satt opp mot kundens (helsevesenets) krav, visjoner og ønsker. En leverandør bør også samarbeide tidlig med krevende kunder for å løfte visjoner ytterligere. Et godt eksempel her kan være PET-senteret ved OUS/Rikshospitalet. Når

rammen av innovasjon blir mer komplett, må en leverandør ha vilje til å levere produkter som er konkurransedyktige i et marked. For radiologi vil dette være et globalt marked. For helsevesenet som sådan er det det samme for leverandører: utvikling og innovasjon krever store ressurser, og kostnader ved innovasjon må deles på mange for å være i stand til å bære seg selv.

Svar på forskningsspørsmål 3

Med data fra slike behandlingsregister er Kreftregisteret en enormt viktig del i et CCC (Comprehensive Cancer Center) og en viktig aktør for kvalitetssikringsprogrammer både i helsesektoren og for industrien. Langtidsoppfølging av kliniske studier på kreftmedisin ville ikke ha kunnet blitt gjort uten Kreftregisterets enorme epidemiologiske databaser. Gode eksempler på dette er langtidsoppfølgingen av blant annet HPV-vaksinene til Merck og GSK. Kreftregisteret vil kunne bidra til OCC med slike typer oppdrag, både i oppfølgingsstudier, men også stegvis under forskjellige faser av utvikling. Man kan kanskje si at Kreftregisteret vil være en uvurderlig støtte for mange av aktørene i OCCs virke. Ved å være en del av CCC vil Kreftregisteret være en nærmere substans til klinikken, og man vil kunne oppnå en høyere grad av kvalitet for oppfølging av behandlingsdata. Dette vil igjen komme samarbeidsparter til gode via deltakelse i OCC.

Det man kan trekke ut fra de intervjuene jeg fikk gjort til denne avhandlingen viser at man er bevisst på innovasjon og innovasjonsarenaer, men at man kanskje i liten grad reflektere over at det faktisk er en god del overordnede styringsdokumenter for hvordan innovasjon i helsesektoren skal foregå.

Det kan virke som om hovedincentivet for å delta på innovasjonsarenaen er egeninteresse først og fremst for egen institusjon, slik det er kommet fram i intervjuene av de som jobber i Kreftregisteret og ved helseforetaket i Helse Sør-Øst, mer enn en helhetlig tenkning omkring innovasjonsprogrammene og utnyttelsen av disse. Man har ofte gode meninger med å 'mene' noe om dette, men til syvende og sist faller det ned på økonomi og hva som blir økonomisk 'gangbar mynt' for akkurat disse institusjonene. Ligger det penger direkte i å utvikle behandlingskvalitetsregistre (ved tilskudd), så er det det økonomiske vederlaget som er drivkraften, mer enn at potensielle samarbeidspartnere får dratt nytte av dette i en innovasjonskontekst.

6.4 Er det rom for innovasjon i helsesektoren?

Hva kan de overordnede myndigheter gjøre for å fremme innovasjon?

Samarbeidet mellom helsemyndighetene og næringsmyndighetene om innovasjon i den norske helsesektoren, slik det legges opp til Stortingsmelding nr. 47 (HOD 2009), er et viktig tiltak som jeg antar vil søke å stimulere innovasjon i helsesektoren i Norge, og jeg antar det også vil fremme utviklingen av en konkurransedyktig norsk helseindustri.

Næringsmyndighetene må på sin side legge forhold til rette for å utvikle norsk helseindustri som i dag representeres av mange små aktører. Økt fokus på nettverksbygging både nasjonalt og internasjonalt vil være avgjørende for å utvikle en robust nok helseindustri, og på denne måten fremme innovasjon i sektoren. Fortsatt ser man behovet for å videreutvikle virkemidlene i dialog med blant annet helsemyndighetene for å gjøre veien enklere fra behov og ide til produkt.

Hva kan de offentlige helsemyndigheter gjøre?

Helsemyndighetene kan gi helsesektoren oppgave å ha fokus på innovasjon i tillegg til hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjøres via oppdragsbrev, enten til hvert enkelt foretak eller til de regionale helseforetakene. Det bør innføres målesystemer, og man må vurdere rammebetingelsene for å prioritere denne type oppgaver. Næringslivet som sådan (det private) har gjennom tiltak fra næringsmyndighetene virkemidler for risikoavlastning knyttet til innovasjon (St.mld. nr. 7 2009), mens helsesektoren ikke har dette. Det er et liknende behov for dette i denne sektoren også.

Helsesektoren i Norge har også en særdeles viktig ressurs i sine biobanker og helseregister, som for eksempel Kreftregisterets Janus-bank og sine behandlingskvalitetsregister, som også bør vurderes å utnyttes bedre i innovasjonssammenhenger.

Hva kan næringslivet gjøre?

I Norge har mange bedrifter knyttet til helsesektoren startet opp på bakgrunn av lokale behov og marked, og har følgelig basert sin viten om hva som finnes på markedet i tilknytning til lokale helseinstitusjoner som sykehus og liknende. Myndighetene og næringslivet kan her gjøre mye sammen:

- Stimulere til lokal-nasjonal tanke (fra lokal arena til nasjonal arena)
- Stimulere til internasjonalisering ved deltakelse på konferanser, messer og lignende der de kan orientere seg om konkurransesituasjoner og marked utenfor sitt eget
- Kunnskapsformidling om hvordan man skaffer informasjon om patenter, konkurrerende produkter og så videre

På bakgrunn av dette må man vel kunne si at fra myndighetenes side er det sett på som at det er godt rom for innovasjon i helsesektoren. Men de peker selv på i sine meldinger at det er rom for forbedringer, og at rammevilkår for innovasjon er noe det må legges mer til rette for. Blant annet mangler den offentlige helsesektoren virkemidler for risikoavlastning, noe som næringslivet som sådan har. Når dette faller mer på plass ligger forholdene, i alle fall på lang sikt, til rette for innovasjon i denne sektoren.

Spørsmålet om det er rom for innovasjon i helsesektoren vil kunnes belyses gjennom forskningsspørsmålene mine og svarene de har gitt. I kapittel 2 har jeg listet opp en del ting et aksjonsforskningsprosjekt må bidra med, og her vil jeg trekke fram at dette forskningsprosjektet vil kunne bidra med mange av disse punktene. Spesielt det jeg mener er den praktiske nytten denne avhandlingen kan levere i form av kunnskapsutvikling og resultater til videre arbeid og bruk.

7. Oppsummering

7.1 Refleksjoner over egen læring

I alle forskningsprosjekt som har aksjonsforskning som tilnærming, bør man si noe om refleksjoner over egen læring, eventuelt utvikle et eget refleksjonsnotat. I dette avsnittet vil jeg si litt om egen læring gjennom dette prosjektet.

Utgangspunktet mitt for denne avhandlingen var en interesse for å se på om det er rom for innovasjon i helsesektoren. Som ansatt i en forskningsinstitusjon har jeg undret meg over at innovasjon som fenomen ikke så ut til å nå alle deler av helsesektoren. Jeg ønsket å se på om det lå noe i de overordnede styringsdokumentene som tilsa at det stoppet opp en plass, eller om jeg bare hørte til i en del av sektoren som ikke var sett på som 'verdige' å nevnes i innovasjonssammenheng.

Gjennom studien fikk jeg bekreftet noen av mine antakelser om at styringssignalene blant annet kanskje er for svake, og at veien ned fra overordnede visjoner via sektorens ledelse, departementene og de regionale helseforetakene, blir kronglete.

Arbeidet med avhandlingen har gitt meg et mer nyansert syn på begrepet innovasjon og en god innsikt i de overordnede styringssignalene som finnes for dette i Norge. Å få grep på helsesektoren som sådan, var litt vanskeligere, men jeg håper avhandlingen kan være med å stimulere til videre handlinger for å se på dette. Dette er etter min mening forankret i teorivalget jeg har gjort og de funnene jeg gjorde.

Avhandlingen har gitt meg en mer forståelse av temaet jeg har tatt opp, men ser også at undersøkelsene gir mer rom for å antyde enn å konkludere i forhold til problemstillingen. Dette gir rom for å utvide undersøkelsen jeg har gjort med andre innfallsvinkler på metode og andre typer undersøkelser. Kanskje ville en annen teoretisk tilnærming også kunne belyse problemstillingen på en konstruktiv måte, for eksempel ved å også gå mer inn på organisasjonskultur-området.

Jeg synes at avhandlingen har gitt rom for både læring og refleksjon i forhold til tema og problemstilling og for teori og metode innenfor de rammene jeg har hatt og har valgt.

7.2 Problemstilling

Hvis man ser på dokumentasjonen nevnt i tabell 1 (Dokumenter, innovasjonsprogrammer og øvrige initiativ), er det tilsynelatende ingen tematisk utpregete fokusområder for innovasjonsatsingen innen helsesektoren i Norge. Satsingen på behovsdrivet innovasjon via InnoMed er forholdsvis tydelig, og områdene kols, slag, diabetes, lårbeinsbrudd og demens er prioritert. Innholdet i disse prosjektene dreier seg i all hovedsak om IKT, samhandling, medisinskteknisk utstyr og tekniske hjelpemidler. Det er lite eller ingenting i forhold til kreftområdet, og lite innen farmasøytiske prosjekter. Samhandlingsreformen understreker behovet for innovasjon og sterkere satsing på IKT for å legge bedre til rette for økt samhandling i sektoren, noe som igjen selvfølgelig kan være med på å stimulere til innovasjon.

En stor og viktig samlepost for økt innovasjon i helsesektoren ligger i utfordringene knyttet til samarbeid mellom offentlige helseinstitusjoner og privat virksomhet. Kommersialisering av forskningsresultater og andre ideer som manifesteres i for eksempel et helseforetak bør være et hovedtema. Utfordringer her vil eksempelvis være manglende ressurser, kultur og motivasjon for innovasjon og kommersialisering i helseforetakene. Andre eksempler vil kunne være utilstrekkelig kompetanse og ressurser hos enheter som har til formål å bistå foretak med kommersialisering. Usikkerhet i forbindelse med juridiske rettigheter knyttet til kommersielle resultater samt offentlig/privat samarbeid skaper ofte problemer knyttet til regler om offentlige anskaffelser. Det vil også kunne være problemer knyttet opp mot hvem som investerer ressurser i forskning og ideutvikling, og hvem som faktisk høster gevinstene av en eventuell kommersialisering.

Av alle de programmer og policy-dokumenter som legger til rette for innovasjon i helsesektoren, er det mangler. Men initiativ som Oslo Cancer Cluster er et viktig steg i riktig retning for å bedre innovasjonen i helsesektoren. For å svar direkte på problemstillingen, kan man si at ”Ja, det er rom for innovasjon i helsesektoren”, men at det foreløpig har vært for fragmenterte stimuli for å gjøre innovasjon. Oslo Cancer

Cluster viser at det er stort rom for innovasjon, men at det på mange måter er vegger og speil i samspillet mellom offentlige institusjoner og privat industri som vanskeliggjør smidig innovasjon. Samtidig er man nødt til å ha disse veggene og skillene mellom det offentlige og private. Det er mye å hente, blant annet ved bedre samarbeid på innovasjonsarenaen, og ved bedre samhandling generelt i helsesektoren.

8. Litteratur

Akademiet for de Tekniske Videnskaber, ATV. Internet referanse:

<http://www.atv.dk/c/C1-ATV-publikationer-omtaler-pdf-filer/C126-Medikorapporten.pdf> Aksessert 20.09.08

Coghlan, D, Brannick, T. (2005) *Doing Action Research in Your Own Organization*. Second Edition. Sage Publications. London

Collins H, Evans, R (2007) *Rethinking Expertise*, University of Chicago Press, Chicago, IL.

Cummings, T, Worley, C. (2005) *Organization Development and Change*. Eight Edition. Thomson South-Western. US

Dalland, O. (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk forlag, Oslo.

FD Statsbudsjettet 2007. St.prp. nr.1. Finansdepartementet, Oslo

Gotvassli, K-Å (2007) *Forelesningsnotat MKL 07/09*, HiNT. Levanger

Gotvassli, K. Å. (2007) – *Kunnskaps- og prestasjons-utvikling i organisasjoner*. Tapir forlag 2007. Trondheim

Grimen, H. (2004) *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Universitetsforlaget AS. Oslo

Grønmo, S (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget. Bergen

HOD Stortingsmeldning nr. 47, 2009, Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

Kalleberg, R. (1992) *Konstruktiv samfunnsvitenskap*. ISO Rapport 24. UiO. Oslo

- Kreftregisteret (2008) *Årsrapport for Kreftregisteret 2008*. Kreftregisteret. Oslo
- Kvale, S. (1996) *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications. London
- Nasjonal Helseplan 2007-2010, St.prp.nr.1 kapittel 6, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H., Swan, J. (2002) *Managing Knowledge Work*, Palgrave MacMillan, New York
- NHD Stortingsmeldning nr. 7, 2008-2009, Et nyskapende og bærekraftig Norge – ”Innovasjonsmeldingen”. Nærings- og handelsdepartementet, Oslo
- Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press. New York
- Oslo Cancer Cluster. Internet referanse: www.oslocancercluster.no Aksessert 06.04.2010
- Polanyi, M (1967) *The Tacit Dimension*, Doubleday, N.Y. og Routledge & Kegan Paul, London
- Rikshospitalet (2010) Internet referanse:
http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/lokasjon?p_doc_id=24822 Aksessert sist 29.07.2010
- Rogers, E (1983) *Diffusion of Innovation*, 3 utgave, Free Press. New York
- Samarbeidsavtalen om behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. (2008) Internet referanse:
www.med.uio.no/shhu/Innkallinger/2010/210510/samarbeidsavtale_innovasjon_helsesektoren.pdf . Aksessert sist 29.07.2010

Slappendal, C. (1996): *Perspectives on Innovation in Organizations*. Organization Studies 1996, 17/1 107 – 129.

Spilling, Olav R (2006) *Entreprenørskap på norsk*. Fagbokforlaget, Bergen

St.mld. nr. 1, for 2005-2006: Nasjonalbudsjettet, Oslo

St.mld. nr. 1, for 2008-2009: Nasjonalbudsjettet, Oslo

St.prp.nr. 1, 2006-2007, Nærings- og handelsdepartementet, Oslo

Tiller, T. (1986) *Den tenkende Skolen*. Universitetsforlaget AS. Oslo

Tiller, T. (2004) *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Høyskoleforlaget. Kristiansand

Van de Ven, AH (1986) Central Problems in the management of Innovation,
Management Science, 32:590-607

Von Krogh, G, Ichijo, K, Nonaka, I (2001) *Slik skapes kunnskap*. NKS Forlaget. Oslo

Zack, MH (1999) *Knowledge and Strategy*, Butterworth and Heinemann, Boston, Ma.
Chicago, Il.

Tabeller

Tabell 1: Dokumenter, innovasjonsprogrammer og øvrige initiativ

Tabell 2: Medlemmer Oslo Cancer Cluster

Tabell 3: Kriterier for OFU-prosjekt

Figurer

Figur 1: Organisasjonskart Kreftregisteret

Figur 2: Comprehensive Cancer Center

Vedlegg: Intervjuguide

Følgende spørsmål ble stilt til intervjuobjektene:

Spørsmål 1:

Hva kan Oslo Cancer Cluster bidra med for Kreftregisteret?

- I et forskningsperspektiv?
- I et økonomisk perspektiv?
- I et samarbeidsperspektiv med tanke på internasjonalt og nasjonalt samarbeid både med industri og offentlige institusjoner og etater?

Spørsmål 2:

Hva kan Kreftregisteret bidra med for Oslo Cancer Cluster?

- Innen forskning?
- Innen økonomi?
- For innovasjon?
- For samarbeid med andre, både industri og det offentlige, nasjonalt og internasjonalt?

Spørsmål 3:

Vil Kreftregisteret i et CCC (Comprehensive Cancer Center) kunne bidra bedre til et innovasjonsmiljø for Oslo Cancer Cluster enn om vi ikke var en del av et CCC?

Spørsmål 4:

Er det, med henblikk på spørsmålene over og egen subjektive oppfatning, rom for innovasjon i den norske helsesektoren?

Spørsmål 5:

Hva slags aspekter ved industrisamarbeid vil du trekke fram som spesielt problematisk med tanke på Kreftregisteret som uavhengig, offentlig institusjon?

Følgeteksten til intervju spørsmålene:

For personer med tilknytning til Kreftregisteret:

I forbindelse med en masteroppgave i kunnskapsledelse og innovasjon ønsker jeg å stille noen spørsmål til aktører som kjenner Kreftregisteret og deres eksterne miljø i tilknytning til Oslo Cancer Cluster.

Vennligst besvar spørsmålene etter beste evne og på en subjektiv måte der dette passer. Ja/nei svar ønskes ikke. Lengden på svarene har ingen begrensning. Disse spørsmålene skal besvares av personer uten tilknytning til Kreftregisteret. Korrelerende spørsmål stilles til personer som jobber i Kreftregisteret.

For personer med tilknytning til Kreftregisteret:

Vennligst besvar spørsmålene etter beste evne og på en subjektiv måte der dette passer. Ja/nei svar ønskes ikke. Lengden på svarene har ingen begrensning. Disse spørsmålene skal besvares av personer med tilknytning til Kreftregisteret. Korrelerende spørsmål stilles til personer med tilknytning til aktører i OCC

