

Rapport

Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.

En kvalitativ studie med dybdeintervjuer og samtaler med ledere i kommuner, helseforetak og norsk helseindustri.

Forfattere:

Geir Haakon Hilland, Merete Rørvik, Nina Vanvik Hansen
SINTEF Digital, Avdeling Helse

29. september 2020



Rapport

Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.

En kvalitativ studie med dybdeintervjuer og samtaler med ledere i kommuner, helseforetak og norsk helseindustri.

VERSJON

1

DATO

2020-09-29

FORFATTERE

Geir Haakon Hilland (SINTEF),
Merete Rørvik (SINTEF), Nina Vanvik Hansen (SINTEF)

OPPDRAKSGIVER

InnoMed 2019

OPPDRAKSGIVERS REF.

Henrik Sandbu, HMN RHF

SINTEF PROSJEKTNR

102020562

**ANTALL SIDER OG
VEDLEGG:**

57 + vedlegg

SAMMENDRAG

Som en del av InnoMeds virksomhet i 2019, har SINTEF utforsket følgende problemstilling: Hva er driverne og barrierene for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgs-sektoren i Norge? Vi har gjennomført dybdeintervjuer med 18 toppledere fra kommuner, helseforetak og helseindustri, for å innsikt i problemstillingen sett fra helse- og omsorgstjenestens perspektiv og næringslivets perspektiv.

Resultatene fra studien viser at:

De største driverne og barrierene for implementering av nye løsninger i kommuner og helseforetak kan kategoriseres under følgende tema: 1) det økonomiske handlingsrommet, 2) endringskultur, 3) forankring, 4) lovverket.

De største driverne og barrierene for at implementert innovasjon spres til andre kommuner og helseforetak seg kan kategoriseres under: 1) samarbeidskultur, 2) konkurranse.

De største driverne og barrierene for samarbeid mellom privat helseindustri og kommuner /helseforetak, sett fra næringslivets perspektiv er: 1) kultur, 2) lovverket, 3) kommunikasjon.

UTARBEIDET AV

Geir Haakon Hilland
Merete Rørvik

SIGNATUR

Geir Haakon Hilland

Geir Haakon Hilland (Oct 2, 2020 12:21 GMT+2)

Merete Rørvik

Merete Rørvik (Oct 2, 2020 13:47 GMT+2)

KONTROLLERT AV

Marian Ådnanes

SIGNATUR

Marian Ådnanes

Marian Ådnanes (Oct 2, 2020 13:51 GMT+2)

GODKJENT AV

Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR

Jon Harald Kaspersen

Jon Harald Kaspersen (Oct 2, 2020 15:39 GMT+2)

RAPPORTNR

2020:00804

ISBN

978-82-14-06582-4

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Innholdsfortegnelse

Rapportens oppbygning:	5
1 Oppsummering av hovedfunn	5
1.1 Formål	5
1.2 Data og metode.....	6
1.3 Presentasjon av tema	6
1.3.1 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger.....	6
1.3.2 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger	7
1.3.3 Drivere og barrierer for et samarbeid mellom helsenæringen og helsetjenesten	7
1.4 Resultat.....	8
1.4.1 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i kommunehelsetjenesten	8
1.4.2 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger i kommunehelsetjenesten.....	8
1.4.3 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten	9
1.4.4 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten	9
1.4.5 Drivere og barrierer for et samarbeid med næringslivet.....	10
2 Innledning og tidligere forskning	11
2.1 Innledning: innovasjon er et viktig virkemiddel for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste fremover.....	11
2.2 Tidligere forskning - Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helsesektoren	12
2.3 Begrepsavklaring og problemstillinger	15
2.3.1 Begrepsavklaring	15
2.3.2 Problemstillinger	16
3 Data og metode	17
3.1 Data	17
3.2 Metode.....	18
4 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger: perspektiv fra kommuner og helseforetak	20
4.1 Det økonomiske handlingsrommet.....	20
4.1.1 Funn fra kommunehelsetjenesten.....	21
4.1.2 Funn fra spesialisthelsetjenesten	22
4.2 Kultur – endringsvillige organisasjoner	23
4.2.1 Funn fra kommunehelsetjenesten.....	24
4.2.2 Risiko og ansvarliggjøring kan være barrierer for implementering av nye løsninger	25
4.2.3 Funn fra spesialisthelsetjenesten	26

4.3	Forankring og eierskap.....	28
4.3.1	Funn fra kommunehelsetjenesten.....	28
4.3.2	Funn fra spesialisthelsetjenesten.....	30
4.4	Lovverket kan fungere som en barriere for innovasjon.....	32
4.4.1	Funn fra kommunehelsetjenesten.....	32
4.4.2	Funn fra spesialisthelsetjenesten.....	34
5	Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger	36
5.1	Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger - perspektiver fra kommuner og helseforetak	36
5.1.1	Funn fra kommunehelsetjenesten.....	37
5.1.2	Funn fra spesialisthelsetjenesten.....	38
6	Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger: perspektiver fra næringslivet ...	41
6.1	Kulturell motstand mot et samarbeid med næringslivet.....	41
6.2	Et komplisert og rigid lovverk.....	42
6.3	Kommunikasjon rundt siste delen av innovasjonsfasen	44
7	Drøfting.....	45
7.1	Drivere og barrierer for implementering i kommunehelsetjenesten.....	47
7.2	Drivere og barrierer for spredning av innovasjonsløsninger i kommunehelsetjenesten.....	48
7.3	Drivere og barrierer for implementering av innovasjon i spesialisthelsetjenesten.....	49
7.4	Drivere og barrierer for spredning av innovasjon i spesialisthelsetjenesten	50
7.5	Drivere og barrierer for innovasjonssamarbeid mellom helsenæringen og kommuner og helseforetak	51
8	Konklusjon	53
9	Referanser	56

Forord

InnoMed er helsemyndighetenes verktøy for å stimulere til behovsdrivet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren og bistå kommuner og helseforetak i deres innovasjonsvirksomhet generelt og i konkrete innovasjonsprosjektene spesielt. Fra 2019¹ ble InnoMed videreført som: Nasjonalt kompetansenettverk og fasiliterings-/prosesstøtte for behovsdrivet tjenesteinnovasjon, herunder tjenstedesign i spesialisthelse-tjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i nært samarbeid med KS, fikk ansvaret for InnoMed og inngikk avtale med SINTEF om det operative ansvaret for InnoMed 2019. Innovasjonsmiljøene Norinnova, VIS, Validé og Inven2 har vært viktige samarbeidspartnere for SINTEF i oppfølging av InnoMeds virksomhet.

Innovasjon i helse- og omsorgssektoren er satt på dagsorden med et mål om økt kvalitet for pasientene, en mer effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og flere lønnsomme helseindustribedrifter. Erfaringer og forskning viser imidlertid at det er krevende å lykkes med innovasjon, for mange innovasjonsprosjekter ender i "pilotgraven". Det er stort behov for mer kunnskap om hvordan lykkes med realisering av innovasjon i helse- og omsorgssektoren gjennom implementering og spredning av nye løsninger.

Som en del av InnoMeds Virksomhetsplan 2019, er studien om drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren gjennomført. I arbeidet med denne rapporten har SINTEF vært på reise i alle helseregionene og møtt ledere i kommuner, helseforetak og helseindustri. Vi har spurt lederne om hva de mener er drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Dette har vært en spennende og inspirerende rundtur, vi har blitt tatt imot med åpenhet og stort engasjement, fått høre spennende historier og fått et unikt innblikk i organisasjonenes arbeid med innovasjon. Vi har møtt mange dyktige, engasjerte og innovative ledere med et genuint ønske om, og et driv for, å utvikle og ta i bruk nye løsninger som skaper verdi for pasientene, pårørende, helse- og omsorgstjenesten og næringslivet.

Vi ønsker å rette **en stor takk** til lederne – i kommuner, helseforetak og bedrifter – som har deltatt i denne studien og delt sine erfaringer og kunnskap med oss, det har vært utrolig nyttig!

Rapporten peker på noen sentrale fundamentet for å lykkes med å realisere innovasjon og danner et godt grunnlag for videre utforskning på dette viktige området.

¹ HOD, Prop.1S, For budsjettåret 2019, kap. 781 Forsøk og utvikling mv, post 21 spesielle driftsutgifter.

Oppsummering



Rapportens oppbygning:

Rapporten er strukturert på følgende måte: Kapittel 1 er en oppsummering av de viktigste funnene i rapporten, samt en oppsummering av drøftingen av disse funnene. Kapittel 2 består av innledning og aktualisering, samt presentasjon av et utvalg av relevant tidligere forskning innenfor dette teamet. I kapittel 2 avklarer vi i tillegg sentrale begreper som brukes i rapporten, samt presenterer problemstillingene våre. Kapittel 3 inneholder presentasjon av datagrunnlaget, samt en beskrivelse av metodikken vi har anvendt for å besvare forskningsspørsmålene rapporten bygger på. Kapittel 4-6 inneholder rapportens presentasjon. Analysen består av 3 kapitler, hvor vi 1) presenterer drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i helsesektoren, 2) presenterer drivere og barrierer for spredning av nye løsninger i helsesektoren og til slutt 3) presenterer drivere og barrierer for et innovasjonssamarbeid mellom helsenæringen og de offentlige helsetjenestene. I kapittel 7 drøftes de presenterte funnene, før rapporten konkluderes i kapittel 8. Referanseliste og vedlegg med intervjuguide finnes i kapittel 9 og 10.

1 Oppsummering av hovedfunn

1.1 Formål

- Å undersøke hva toppledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten mener er de største driverne og barrierene for implementering av nye løsninger i deres sektor.
- Å undersøke hva toppledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten mener er de største driverne og barrierene for spredning av nye løsninger i deres sektor.
- Å undersøke hva toppledere fra helsenæringen mener er de største driverne og barrierene for et innovasjonssamarbeid med helse- og omsorgstjenestene.

Store utfordringer krever endring. Kommuner og helseforetak står overfor utfordringer som nødvendiggjør innovasjoner som kan bidra til en bedre og mer effektiv helse- og omsorgstjeneste i årene som kommer. Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi som samfunn har mulighet og vilje til å stille til rådighet – både i dag og i fremtiden. Covid-19 pandemien har vist at helse- og omsorgstjenestene i aller høyeste grad evner å gjennomføre effektiv og omfattende innovasjon. Vi håper og tror at engasjerte og dyktige toppledere i både

kommune- og spesialisthelsetjenesten tar med seg disse erfaringene inn i en fremtidig normalsituasjon, noe som vil føre til et bedre tilbud for både pasienter og ansatte i tjenestene. For å realisere dette, må kommuner og helseforetak fortsette å være innovative og tørre å ta i bruk nye løsninger, også når behovet oppleves som mindre tydelig i en normalsituasjon. Erfaringer både fra operasjonell praksis og tidligere forskning viser at for mange innovasjonsprosjekter ender i "pilotgraven" og at realisering av innovasjon gjennom implementering og spredning har vært spesielt vanskelig i helse- og omsorgssektoren. Flere studier har tatt for seg hvordan man sørger for vellykket innovasjon gjennom en rekke kasusstudier, men det mangler forskning som undersøker denne problemstillingen på et makro- /systemnivå, sett fra topplederens perspektiv. Gjennom InnoMed 2019, har SINTEF undersøkt hva toppledere mener er de viktigste driverne og barrierene for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgstjenestene.

1.2 Data og metode

Vi har besvart problemstillingen gjennom å anvende et kvalitativt, eksplorerende forskningsdesign. Vi har basert konklusjonene i denne rapporten på semistrukturerte dybdeintervju med toppledere innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt helserelatert næringsliv. Vi har aktivt søkt etter respondenter fra alle de fire helseregionene i Norge, for å undersøke eventuelle regionale forskjeller, og for å styrke studiens validitet ved å undersøke hvorvidt de identifiserte funnene er betinget av lokale eller regionale forhold. Vi har også selektert respondenter på bakgrunn av ledelsesnivå, for å undersøke hvilke forhold som anses som de viktigste driverne og barrierene for innovasjon langs de to øverste ledelsesnivåene, og hvilke som oppleves som betydningsfulle uavhengig av nivå. Dette innebærer at utvalget vårt har bestått av hhv. rådmenn og kommunaldirektører for helse og omsorg på kommunal side, mens utvalget fra spesialisthelsetjenesten har bestått av sykehusdirektører og klinikkjefer.

1.3 Presentasjon av tema

1.3.1 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger

Respondentene fra kommunal sektor er toppledere i mellomstore og store norske kommuner, og respondentene fra spesialisthelsetjenesten er toppledere ved mellomstore og store norske sykehus. Funnene som rapporteres er basert på analyser av transkriberte versjoner av de semistrukturerte dybdeintervjuene med respondentene våre. Basert på funnene våre presenterer vi i hovedsak fire tema som de enkelte drivere og barrierene for implementering kan kategoriseres under, uavhengig av sektor:

- 1) Det økonomiske handlingsrommet
- 2) Kultur
- 3) Forankring
- 4) Lovverket

Vi finner ingen indikasjoner på at det eksisterer betydningsfulle regionale forskjeller i hva som oppfattes som de viktigste driverne og barrierene for implementering av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Vi finner heller ikke at oppfatningene om dette varierer betydelig mellom ledelsesnivå. Vi finner derimot at det eksisterer forskjeller i hvilke drivere og barrierer kommuner og helseforetak ser som mest betydningsfulle, men at respondentene, uavhengig av sektortilhørighet, anser disse fire temaene over som de viktigste driverne og barrierene for implementering av innovasjon. Rapporten påpeker derfor hvorvidt ett eller flere tema anses som mer gjeldende for én av sektorene, om funnene fungerer som henholdsvis driver eller barriere for innovasjon i den aktuelle sektoren i relasjon til tema. Det vil derfor bli foretatt sammenligninger mellom betydningen av funn knyttet til hver av temaene for de kommune- og spesialisthelsetjenesten der det anses som aktuelt.

1.3.2 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger

Når det gjelder spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren, viser analysen av datamaterialet at toppledere i kommuner og helseforetak peker på følgende tema er de viktigste driverne og barrierene, uavhengig av sektor:

- 1) Samarbeidskultur
- 2) Konkurransen

Våre analyser indikerer ikke at det eksisterer betydelige regionale forskjeller i hvilke drivere og barrierer som er mest fremtredende i relasjon til spredning av nye løsninger. Dette gjelder både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi får heller ikke inntrykk av at det eksisterer store forskjeller som er betinget av ledelsesnivå, og opplever at toppledelsen og seksjonslederne er samstemte i sine refleksjoner om utfordringsbildet knyttet til spredning av innovasjon. Også når det kommer til spredning av implementerte innovasjonsløsninger så finner vi at de presenterte temaene er gjeldende på tvers av helsesektoren, men at i hvilken grad hvert tema oppleves som relevant varierer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi påpeker derfor disse forskjellene, og sammenligner funnene fra de to sektorene med hverandre der det er relevant.

1.3.3 Drivere og barrierer for et samarbeid mellom helsenæringen og helsetjenesten

Vi var også interessert i å gjøre en innledende kartlegging av drivere og barrierer for et samarbeid om innovasjon mellom helsetjenesten og privat helsenæring. Her ønsket vi næringslivet sitt perspektiv på problemstillingen, noe vi fikk gjennom å intervju 5 toppledere i mellomstore bedrifter innenfor helsenæringen. I intervjuene med de fem næringslivs lederne ble det identifisert drivere og barrierer for et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten under i hovedsak tre forskjellige tema:

- 1) Kultur
- 2) Lovverket
- 3) Kommunikasjon

1.4 Resultat

1.4.1 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i kommunehelsetjenesten

I kommunehelsetjenesten trekker respondentene i utvalget frem drivere og barrierer knyttet til temaene økonomisk handlingsrom og endringskultur som viktige for at nye løsninger faktisk blir implementert og tatt i bruk. Respondentene trekker frem et trangere økonomisk handlingsrom som en barriere for å realisere lovende innovasjonsprosjekter, men de påpeker samtidig at en trangere kommuneøkonomi øker behovsforståelsen for innovasjon innad i organisasjonen, og dermed også fungerer som en driver for innovasjon. Respondentene peker også på viktigheten av at det eksisterer en endringskultur i kommunene, med ansatte som er villige og kapable til å implementere nødvendig innovasjon for å imøtekomme "eldrebølgen", og med ledere som muliggjør og oppfordrer til innovasjon. Viktigheten av tilstrekkelig forankring gjennom hele prosessen trekkes også frem som viktig driver for implementering, og at innovasjonsprosjektet må ta utgangspunkt i (bruker) behovet. Lovverket trekkes frem som en mindre barriere, og da i relasjon til et personvernlovverk som kan være rigid og vanskelig å tolke, men dette lovverket blir også trukket frem som en driver for innovasjon gjennom å fungere som et forutsigbart og betryggende rammeverk.

1.4.2 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger i kommunehelsetjenesten

Når det gjelder spredning av allerede implementerte løsninger, viser denne studien at det eksisterer et godt samarbeid om spredning av vellykkede nye løsninger mellom de større kommunene, både innad i regioner, og mellom større kommuner som er en del av nasjonale samarbeid. Her er det viktig å huske at funnene er avgrenset til å gjelde perspektivet til ledere i noen av landets store og mellomstore kommuner; det kan altså være at samarbeidet om spredning ikke oppleves som like godt i mindre kommuner. Allikevel trekker flere av respondentene våre frem at enkelte kommuner kan være lite endringsvillige i møte med nye løsninger, og at i noen tilfeller så avfeies løsninger med stort potensiale med begrunnelse i at det ikke vil kunne implementeres under lokale forhold. Respondentene våre påpeker at dette ikke alltid er reelt, og at det heller er snakk om enten et ønske om å utvikle noe lokalt innad i organisasjonen, eller at det ikke eksisterer kompetanse til å gjennomføre nødvendige endringer av etablert praksis. Våre funn indikerer dermed at den største barrieren for spredning av innovasjon i kommunehelsetjenesten er knyttet til temaet kultur, og at en driver for innovasjon i kommunene vil være å fortsette å skape en organisasjonskultur som fordrer kompetanseutvikling og endringsvillighet.

1.4.3 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten tyder funnene i denne rapporten på at de viktigste driverne og barrierene for implementering av nye løsninger er knyttet til temaene lovverket og forankring. Omtrent samtlige av respondentene fra spesialisthelsetjenesten trakk frem lovverket, og da i all hovedsak lov om offentlige anskaffelser, som den største barrieren for implementering av innovasjon. Funnene våre tyder på at respondentene mener at lov om offentlige anskaffelser fungerer som en barriere for innovasjon gjennom å være for vanskelig å tolke, og for rigid i relasjon til anbudsgrenser. Dette medfører at man ikke kan igangsette lovende og lokalt tilpassede innovasjonsprosjekter i stor nok skala, for å teste ut hvorvidt innovasjoner med mye potensiale bør oppskaleres, uten at dette må ut på anbud. Dette medfører at hvert enkelt helseforetak ikke kan utnytte sitt lokale innovasjonspotensiale, og at sektorens innovasjonspotensiale begrenses av lovverket.

Videre finner vi at forankring er en svært viktig driver for innovasjon også i spesialisthelsetjenesten, og at manglende forankring i ett eller flere ledd kan føre til at nye løsninger ikke implementeres. Dette er noe som er gjeldene uavhengig av organisasjon og sektor, men respondentene våre trekker frem at relativt sett svært sterke fagmiljøer med fagpersoner som innehar nøkkelposisjoner i organisasjonen, gjør gjennomgående forankring innad i organisasjonen desto viktigere i spesialisthelsetjenesten. Også her trekkes det frem viktigheten av at de nye løsningene også forankres ut fra pasientenes behov. Det økonomiske handlingsrommet ble i mindre grad trukket frem som en driver eller en barriere innovasjon i spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med kommunal sektor, men også toppledere i spesialisthelsetjenesten trakk frem at en forståelse av fremtidige begrensinger i det økonomiske handlingsrommet fører til at behovet for innovasjon blir tydeligere innad i organisasjonen.

1.4.4 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder spredning av nye løsninger innad i spesialisthelsetjenesten, så tyder våre funn på at det muligens eksisterer en negativ konkurransekultur mellom helseforetakene. Topplederne vi intervjuet fra spesialisthelsetjenesten trakk frem manglende kommunikasjon og deling på tvers av sektoren som en betydelig barriere for spredning og standardisering av nye og effektive løsninger. De understreket at fraværet av en delingskultur kan føre til unødvendig ressursbruk i forbindelse med å igangsette lokale innovasjonsprosjekter fra bunnen av fremfor å se til hva andre helseforetak har gjort på området, og at noe av årsaken til dette kan være knyttet opp mot prestisje og et ønske om å prestere best. I tillegg påpekes det at det mangler systemiske incentiver for at en slik kultur skal oppstå. Dette er funn som kan tyde på en ukultur i sektoren og manglende styringssystemet som stimulerer til en positiv delingskultur om innovasjon, noe som kan være et hinder for at helsevesenet som et kollektiv skal nå sitt mål om innovativ samhandling for å

imøtekomme fremtidens helseutfordringer. Her er det behov for mer omfattende studier, for å avdekke hvorvidt dette funnet ville blitt stående dersom man utvidet utvalget til å gjelde en større andel av toppledere fra flere sykehus.

1.4.5 Drivere og barrierer for et samarbeid med næringslivet

Respondentene fra helseindustrien beskriver en god samarbeidskultur mellom bedrifter og aktører i helsevesenet i den innledende fasen av innovasjonsprosessen, og at de opplever stor interesse og vilje rundt innovasjonsprosjekter, så lenge det kan dokumenteres at innovasjonen potensielt kan ha god effekt. De etterspør derimot at samarbeidsviljen vedvarer også i implementeringsfasen av produktet, og kritiserer manglende kommunikasjon og koordinering i denne delen av innovasjonsprosessen. Dette mener respondentene har resultert i for mange piloter der det ikke har vært kommunisert godt nok rundt hvordan innovasjonen faktisk skal implementeres i siste fase av innovasjonsprosessen. Næringslivslederne beskriver også et komplisert anbudslovverk som er utfordrende for bedriftene å tolke, og at god kommunikasjon med representanter fra helsektoren under selve implementeringsfasen derfor er avgjørende for å minimere risikoen for bedriftene. Flere av respondentene våre hadde eksempler på manglende kommunikasjon og misforståelser rundt lovverket som medførte relativt betydelige tap i form av tid og kostnader for deres respektive bedrifter. Flere hadde også eksempler på at interessen fra helsevesenet for produktet deres falt bort etter fullendt pilotering, etter en lang og kostbar utviklingsprosess preget av byråkrati med lang saksbehandlingstid. Dette vil være negativt for å nå målsetningene i Helsenæringsmeldingen, ettersom bedriftene vil være avhengige av forutsigbare rammer for kommersielle innovasjonssatsninger mot helsevesenet.

Innledning og tidligere forskning



2 Innledning og tidligere forskning

2.1 Innledning: innovasjon er et viktig virkemiddel for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste fremover

Store utfordringer krever endring. Kommuner og helseforetak står overfor utfordringer som nødvendiggjør innovasjoner som kan bidra til en bedre og mer effektiv helse- og omsorgstjeneste i årene som kommer. Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. En bærekraftig helsetjeneste må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi som samfunn har mulighet og vilje til å stille til rådighet – både i dag og i fremtiden. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette begrensninger. SSB anslår at antall årsverk må øke med 35 % frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester (Meld.St.7, 2019). I så fall vil helse- og omsorgstjenesten legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken. Det vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressursene på. Endringstakten må derfor øke, og nye løsninger må vise stor mulighet for forbedring. Godager (2018) viser i sine analyser at en årlig økning i legenes produktivitet på 0,5 % vil føre til at behovet for vekst i leger vil halveres innen 2040 (Godager et.al, 2018). Nye løsninger kan for eksempel føre til nettopp slik økning i produktivitet. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig (Meld.St.7, 2019).

Innovasjon er satt tydelig på dagsorden som et viktig og nødvendig verktøy for kommuner og helseforetak for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i dag og i årene som kommer. Innovasjonssatsingen er godt forankret i flere stortingsmeldinger de senere årene rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er fulgt opp videre bla. gjennom HelseOmsorg21 – den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg.

Kommuner og helseforetak har satt innovasjon på dagsorden, og i løpet av det siste tiåret har det skjedd en betydelig utvikling på innovasjonsområdet innen helse- og omsorg gjennom økt fokus og økt satsing på innovasjon. KS, kommuner og helseforetak bygger opp innovasjonskapasitet i egne organisasjoner gjennom innovasjonsstrategier, innovasjonsledere, innovasjonsrådgivere, innovasjonsmidler, innovasjonsprosjekter

og innovasjonspriser. Virkemiddelapparatet gjennom Forskningsrådet og Innovasjon Norge stimulerer til økt samarbeid med norsk helseindustri gjennom bla. innovative offentlige anskaffelser og innovasjonspartnerskap.

For å løse utfordringene må det arbeides på flere områder. Helsenæringsmeldingen, som kom i 2019, understreket at helse- og omsorgstjenestene kan ha mye å tjene på et bedre samarbeid med næringslivet og dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og ressursene som finnes i norske bedrifter. I arbeidet med å nå de helsepolitiske målene om å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste og å bidra til god helse for alle, kan dermed også det næringspolitiske målet om økt verdiskaping i norsk økonomi nås. Temaer i meldingen er særlig knyttet til ledelse, betydningen av forskning og innovasjon samt samspillet mellom private og offentlige aktører, inkludert et velfungerende hjemmemarked for norsk helsenæring (Meld.St.18, 2018).

Under Covid-19 pandemien har helsetjenesten vist stor vilje til å tilpasse seg en umiddelbar endring av utfordringsbildet som har truet helsen og velferdsnivået til Norges befolkning. Vi har vært vitne til toppstyrt koordinering og tilrettelegging av samarbeid og spredning av gode tjenesteløsninger, for å imøtekomme utfordringene pandemien har medført. Sykehusene og kommunehelsetjenesten har, som det har blitt påpekt i flere kronikker i en rekke aviser, vist stor kompetanse og vilje til innovasjon. Det er viktig at dette fortsetter, og at utviklingen ikke flater ut i takt med pandemiens alvorlighetsgrad. Pandemien medførte en svært alvorlig trussel mot folkehelsen som krevde umiddelbar og radikal innovasjon i tjenestetilbudet. Selv om tidspresset ikke er like stort, så må det minst like radikal innovasjon til for å imøtekomme morgendagens helseutfordringer, når vi har langt flere eldre med kroniske sykdommer som mottar kompleks og dyr behandling, og færre yrkesaktive. Hvis vi ønsker å beholde en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som evner å yte god behandling til våre innbyggere, må vi innovere tjenestetilbudet. Tidligere forskning forteller oss noe om hvilke drivere og barrierer som har vært relevante for denne utviklingen.

2.2 Tidligere forskning - Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helsesektoren

Erfaringer fra Norge og internasjonalt viser at det er svært krevende å lykkes med å realisere innovasjon i helse- og omsorgssektoren (Herzlinger, 2006: Hoholm & Mørk, 2018). Svært mange innovasjonsprosjekter ender i den såkalte "pilotgraven". Hva som er årsaken til dette er uklart. Det er gjort relativt lite forskning i Norge på siste fase i innovasjonsprosessen – drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Det trengs derfor mer innsikt og kunnskap om hva som skal til for å i større grad utløse innovasjonssatsingens verdiskapingspotensial gjennom økt kvalitet for pasientene, en mer effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og flere robuste og lønnsomme helseindustribedrifter. Vi har gjort et avgrenset litteratursøk for å undersøke hva tidligere forskning på dette området har funnet.

Tidligere forskning viser at det er ulike drivere og barrierer for implementering og spredning av innovasjon i hhv. helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og næringslivet. Innad i helse- og omsorgstjenestene viser derimot forskning at flere av de samme driverne og barrierene for implementering og spredning finnes i kommuner og i helseforetak. Litteraturen har spesielt fokusert på hvilke barrierer som eksisterer på "bakkenivå" og hvordan disse oppfattes blant de ansatte i kommuner og helseforetak.

Kompetansebehov, informasjonsflyt og endrede arbeidsoppgaver er eksempler på barrierer for implementering og spredning av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren. (Dugstad et.al, 2015). Dugstad et.al (2015) finner at mangel på kompetanse til å forstå hvordan teknologien skal brukes, og hva nytteverdien av endrede arbeidsprosesser vil være, har vært en barriere blant ansatte i tjenestene. Studien viser også at kompetansebehov finnes blant pårørende, som på bakgrunn av manglende kompetanse og informasjon til å se nytteverdien av nye teknologiske løsninger kan motsette seg innovasjonen (Ibid.) Forfatterne skriver videre at det er helt naturlig at en slik implementeringsprosess er krevende å forstå for personell og pårørende som har sin ekspertise innenfor helt andre virker enn teknologibransjen, og at slike barrierer knyttet til informasjon derfor oppstår. Det påpekes at informasjonsgapet mellom ansatte i helse- og omsorgstjenestene og teknologene kunne vært langt bedre adressert, og at økt informasjonsflyt mellom teknologer, tjenesteytende og pårørende i seg selv kunne vært kompetansebyggende, noe som støttes av nyere forskning (Stokke et.al, 2019).

Motvilje for å endre arbeidspraksis er også identifisert som en barriere for innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Årsakene til denne motviljen er mange, der en oppfatning av at endring i arbeidspraksis medfører risiko for pasientene anses som den viktigste årsaken (Ibid). I tillegg viser forskning at de ansatte "på gulvet" opplever at en innovasjon som skal gjøre hverdagen lettere og mer effektiv, ofte har stikk motsatt effekt i implementeringsfasen av nye løsninger. Dette medfører at prosessen oppleves som belastende og overstyrende i så stor grad at de ansatte føler at de ikke strekker til og at de ikke får gjort jobben sin på en god måte (Ibid).

Forskning innenfor relevant litteratur trekker derfor ofte frem at innovasjonsprosessen i helse- og omsorgssektoren må være behovsdrivet. Det eksisterer konsensus om at behovsdrivet innovasjon vil sikre at brukerne, pårørende og ansatte opplever at nye løsninger svarer på et spesifikt behov og fører til bedring av eksisterende arbeidspraksis uten at det går på bekostning av tryggheten til brukerne, og de ansattes mulighet til å gjøre jobben sin (Dugstad et.al, 2015: Låstad, 2014). Dersom dette gjøres ligger det et stort uforløst potensial i nye løsninger, for eksempel gjennom bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenesten (Isaksen et.al, 2017: Procter et.al, 2016). Det eksisterer allikevel et kunnskapshull i relasjon til hva perspektivet om behovsdrivet innovasjon *ikke* dekker. Låstad (2014) beskriver perspektivets mangler på følgende måte:



Behovsdrevet innovasjon er en god metode for å sikre at brukernes behov dekkes og for å utvikle gode løsninger, men er mangelfull når det gjelder forankring og implementering. For at flere innovasjonsprosjekter skal ende opp i implementerte løsninger bør det utvikles metoder og verktøy som kan hjelpe offentlig sektor å forankre innovasjonsprosjektene i flere ledd i organisasjonen, samt finne gode metoder for å måle verdi og effekt av de nye løsningene. (Låstad, 2014).

Videre har det blitt forsket mye på hvordan man lykkes, og ikke lykkes, med forskjellige innovasjonsløsninger i helsetjenestene. De tre hovedformene for innovasjonsløsninger som har blitt trukket frem i litteraturen har vært tjenesteinnovasjon, medisinsk teknologisk innovasjon og velferdsteknologisk innovasjon (Andreassen et.al, 2015). Det eksisterer ulike drivere og barrierer for hver av innovasjonstypene, der flere av faktorene er fremtredende uavhengig av innovasjonstypen. Noe mye av den tidligere forskningen har til felles er det valgte analysenivået for å studere innovasjonsprosessene. Det har blant annet blitt forsket mye på hvordan man lykkes med *"innovation and communication technologies"* (ICT), for eksempel innen telemedisin. Andreassen et. al (2015) skrev følgende om problemet med å implementere ICT-løsninger i helsetjenestene:



From twenty years of information and communication technology (ICT) projects in the health sector, we have learned one thing: most projects remain projects. The problem of "pilotism" in e-health and telemedicine is a growing concern, both in medical literature and among policy makers, who now ask for large-scale implementation of ICT in routine health service delivery. (Andreassen et.al, 2015)

I artikkelen påpeker forfatterne at en rekke studier har tatt for seg problematikken med å implementere ICT-løsninger, men ofte på et case-/mikro- nivå (for eksempel ved å observere og formativt evaluere implementeringen av en ICT-løsning ved en klinikk). De påpeker at langt færre studier har tatt for seg systemiske, mer makrorelaterte drivere og barrierer for innovasjon, og spesielt fra et ledelsesperspektiv (Ibid.) Det eksisterer heller ikke en etablert konsensus om hva som er de beste metodene og verktøyene, som etterlyses i for eksempel Låstad (2014) sin studie om innovasjon, for å sørge for faktisk realisering av innovasjon gjennom implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Vi ønsker derfor å gjennomføre en studie av hvilke perspektiver ledelsen i helse- og omsorgstjenestene har på denne tematikken, og undersøke drivere og barrierer knyttet til implementering og spredning av nye løsninger på et mest mulig systemisk nivå.

Til tross for at vi altså allerede vet noe om hva som er drivere og barrierer for vellykkede innovasjonsprosjekter i helse- og omsorgstjenestene, ser vi at det fortsatt er utfordrende å gjennomføre slike prosjekter i sektoren. Hvorfor er det så vanskelig med implementering? Hva er driverne og barrierene for å lykkes med horisontal og vertikal spredning av gode innovasjonsløsninger, slik at innovasjon man har sett fungerer i en kommune eller på ett sykehus, kan spres til kommuner og sykehus andre steder i landet? I tillegg trengs det mer forskning på offentlig-privat samarbeid; hvordan kommuner og helseforetak på best mulig måte kan samarbeide med helsenæringen om innovasjon for å imøtekomme morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Her mangler det spesielt forskning som tar for seg næringslivet sitt perspektiv, og man vet ikke nok om hva næringslivet selv mener er drivere og barrierer for å få til et slikt offentlig-privat samarbeid. Med dette bakteppet har SINTEF, gjennom InnoMed-oppgavet 2019, gjennomført en kvalitativ studie om drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren, sett fra perspektivene til toppledere i kommuner, helseforetak og helseindustri.

2.3 Begrepsavklaring og problemstillinger

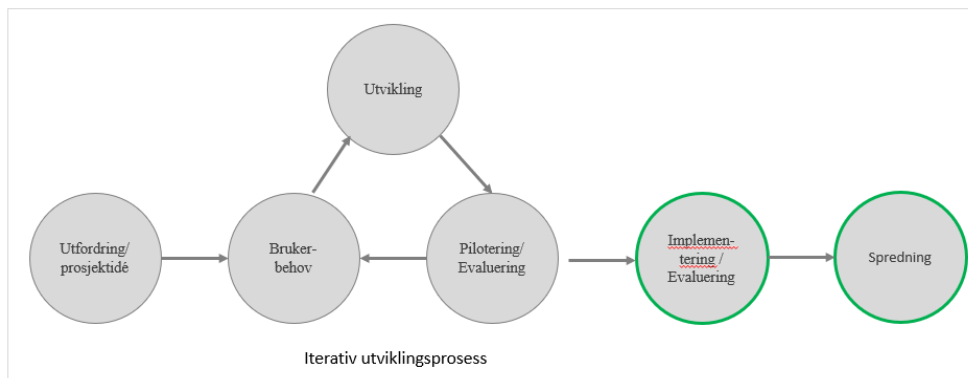
2.3.1 Begrepsavklaring

I denne analysen brukes begrepet "vellykket innovasjon" ofte. At innovasjonsprosessen anses som vellykket innebærer at innovasjonen faktisk realiseres gjennom at nye løsninger implementeres og tas i bruk i helse- og omsorgssektoren. Denne spesifiseringen av vellykket innovasjon ble drøftet med samtlige respondenter i forkant av intervjuene, og alle var enige i denne forståelsen av en "vellykket innovasjon. En innovasjonsdefinisjon som fanger hvordan vi anvendte begrepet under intervjuene finnes i Meld St, 30, 2019-2020, En innovativ offentlig sektor, der innovasjon er definert som følger:

” *Innovasjon i offentlig sektor kan være en ny eller vesentlig endret tjeneste, produkt, prosess, organisering eller kommunikasjonsmåte. At innovasjonen er ny, betyr at den er ny for den aktuelle virksomheten, den kan likevel være kjent for og iverksatt i andre virksomheter*” (Meld.St. 30, 2019-2020).

Også i denne definisjonen legges det vekt på at innovasjonstypen er lansert i markedet, eller mer relevant for denne studien, tatt bruk i produksjonen (av tjenester). Følgende figur viser en grafisk konseptualisering av innovasjonsprosessen, slik den er definert ovenfor, og slik vi har diskutert prosessen med respondentene:

Figur 1: visualisert innovasjonsprosess



Som figuren viser så er selve innovasjonsprosessen dynamisk, hvor evaluering basert på erfaringer med piloteringen, formativt tilpasset brukerbehovet, resulterer i endringer av piloten. Når evalueringen er tilfredsstillende ender innovasjonsprosessen med implementering i organisasjonen. Basert på resultatene av en sluttevaluert, implementert innovasjon ender prosessen ideelt sett med spredning av innovasjonen til relevante segmenter av helsetjenesten.

2.3.2 Problemstillinger

Ettersom både tidligere forskning og v re funn i arbeidet med rapporten indikerer at det er forskjellige drivere og barrierer for henholdsvis implementering og spredning av innovasjon, så presenteres det separate problemstillinger for disse. Næringslivet opplever at drivere og barrierer under flere av temaene også er relevante i deres m te med helsetjenestene, men det eksisterer andre drivere og barrierer for et offentlig-privat samarbeid, sammenlignet med de man finner for implementering og spredning. Det presenteres derfor en separat problemstilling relatert til helsenæringen. Følgende problemstillinger besvares derfor i denne rapporten:

1. *Hva er drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i kommune- og spesialisthelsetjenesten?*
2. *Hva er drivere og barrierer for spredning av nye løsninger i kommune- og spesialisthelsetjenesten?*
3. *Hva er drivere og barrierer for et innovasjonssamarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og helsenæringen?*

I neste kapittel presenteres det kvalitative datagrunnlaget og metoden som anvendes for å besvare de presenterte problemstillingene.

Datagrunnlag og metode



3 Data og metode

Denne rapporten er basert på resultatene fra en kvalitativ, eksplorerende studie hvor målsetningen var å få innsikt i hva topp- og mellomledere i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og relevant næringsliv oppfatter som drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Det ble brukt båndopptaker i samtlige intervjuer hvor respondentene ikke reservert seg mot dette, og samtlige lydopptak ble transkribert for analyse. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og gjennomført i henhold til forskningsetiske prinsipper. Alle informantene har deltatt frivillig og gitt samtykke til deltakelse i studien.

3.1 Data

I denne studien har vi gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer med 13 ledere på topp- og mellomnivå i kommuner og helseforetak rundt omkring i landet. Respondentene kommer fra alle de fire helseregionene. Vi har i tillegg gjort tilsvarende intervjuer med 5 toppledere i bedrifter innen helsenæringen. Det er deres subjektive refleksjoner om forskningsspørsmålet som utgjør datamaterialet i denne rapporten. Datamaterialet ble samlet inn i tidsperioden fra 01.10.2019 til 15.01.2020. Om lag halvparten av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, mens de resterende intervjuene ble gjennomført som videokonferanser via Skype. Intervjuene ble gjennomført av GHH, NVH og MR. Vi benyttet oss av en intervjuguide med oversikt over tema og undertema vi ønsket å dekke, men denne fungerte kun som en løst definert oversikt over tema ettersom det var respondentenes frie refleksjoner vi var ute etter (Se vedlegg 1).

Vi selekterte respondenter som har et administrativt topplederansvar for innovasjon i helsesektoren på to nivåer. Denne tilnærmingen var gjeldende for begge nivåene i helse- og omsorgstjenestene, for å få innblikk i likheter og forskjeller i drivere og barriere i henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi valgte derfor å intervjuer henholdsvis kommunalsjefer/rådmenn og kommunalsjefer for helse og omsorg på kommunalt nivå.

Fra spesialisthelsetjenesten intervjuet vi sykehusdirektører og klinikksejfer på helseforetaksnivå, i hver helseregion. Respondentene fra næringslivet ble selektert på bakgrunn av lang erfaring med å jobbe mot helse- og omsorgssektoren, noe som medførte at vi ikke intervjuet daglige ledere i oppstartsbedrifter, eller bedrifter som ikke har etablert seg i markedet. Samtlige av respondentene i denne gruppen er enten administrerende direktører eller daglige ledere i de respektive bedriftene. Ettersom respondentene har blitt intervjuet med forbehold om anonymitet kan vi ikke beskrive utvalget mer presist enn dette, annet enn å påpeke at det er snakk om større sykehus, større kommuner og mellomstore bedrifter. Følgende tabell viser en oversikt over respondentene:

Tabell 1: Oversikt over respondentene

Helseregion	Primærhelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Næringslivet
Helse Nord	1	2	5 daglige ledere i 5
Helse Midt-Norge	2	2	store/mellomstore
Helse Vest	2	1	selskaper som driver
Helse Sør-Øst	2	1	med velferds- teknologi

Forskningsdesignet tillater oss å undersøke mulige regionale forskjeller, men ettersom studien kun er gjennomført ved et kvalitativt eksplorerende design, kan vi ikke generalisere funnene til å gjelde for hele populasjonen i de aktuelle regionene. Dette betyr at selv om en vi presenterer funn fra et intervju med én sykehusdirektør ved et sykehus i for eksempel Helse Nord, så vil dette være den aktuelle respondentens subjektive refleksjoner rundt forskningsspørsmålet vårt, og kan dermed ikke sies å representere de faktiske driverne og barrierene for implementasjon og spredning av innovasjon i helseregionen som sådan. Funnene i denne eksplorerende studien vil uansett være av høy analytisk verdi ettersom de medfører viktig innsikt fra veldig sentrale aktører sine refleksjoner om hvorfor det er krevende å lykkes med innovasjon i helse- og omsorgssektoren i Norge, hvordan de har lyktes med spesifikke prosjekter og hva som må til for å sikre at kommuner og helseforetak i større grad lykkes med å innovasjon.

3.2 Metode

Vi har gjennomgått de transkriberte intervjuene i tråd med prinsippene fra stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI) og "grounded theory" (GT) (Tjora, 2013; Strauss, 1990). Forfatterne GHH, NVH og MR har separat identifisert funn ved å kode og kategorisere det transkriberte datamaterialet hver for oss, før vi sammen har blitt enige om en felles konseptualisering av funnene, som vil bli presentert i analysedelen av denne rapporten. Denne fremgangsmåten øker rapportens validitet, ettersom metodikken medfører at de tre forfatterne må enes om hvilke elementer i det transkriberte datamaterialet vi faktisk kan klassifisere som

funn. Ettersom dette er en eksplorerende studie vil disse funnene kunne bidra til å danne et teoretisk grunnlag for videre empirisk testing av de påviste forholdene, i tillegg til å frembringe viktig kunnskap om drivere og barrierer for implementasjon og spredning av innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (Strauss, 1990).

Forfatterne av rapporten diskuterte funnene som fremkom av datainnsamlingen parallelt med innsamlingen av data, noe som tillot oss å oppdatere intervjuguiden for å inkludere nye tema som vi avdekket gjennom intervjurundene. Dette tillot oss å anvende en todelt tilnærming i vårt arbeid med å utvikle analytiske koder, ettersom vi både benyttet oss av eksisterende organisasjonsteoretiske rammeverk (kjente drivere og barrierer for implementering og spredning av innovasjon i helsetjenestene) og en induktiv tilnærming hvor vi indentifiserte tema fra grunnen av og opp. Respondentene har anonymitet i vår presentasjon av funnene. Vi har derfor redigert bort (betegnet som [redigert] i rapporten) informasjon som potensielt kan knytte sitater opp mot respondentene, for å sørge for deres anonymitet.

I neste kapittel presenterer vi resultatene fra analysen vår av det transkriberte datamaterialet. I tillegg til å presentere funnene fra hver sektor separat, deler vi inn presentasjonen i analysen til å omhandle henholdsvis implementering og spredning. Vi foretar denne inndelingen ettersom analysene våre avdekket funn som er i tråd med det teoretiske rammeverket for denne rapporten, nemlig at det eksisterer forskjellige drivere og barrierer for henholdsvis implementering og spredning av innovasjon.

Analyse del 1: Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger



4 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger: perspektiv fra kommuner og helseforetak

I dette kapitlet presenterer vi resultatene av analysen av hva som er drivere og barrierer for implementering av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. På grunnlag av intervju med personer i topplederstillinger drøftes opplevde regionale forskjeller i neste kapittel. Funn som gjelder på tvers av de fire helseregionene anses å være av høyere analytisk verdi, ettersom dette kan tyde på at funnene ikke er betinget av lokale eller regionale forhold, men snarere gjenspeiler de faktiske forhold i sektoren som sådan. Vi vil allikevel understreke at funnene og konklusjonene i rapporten baseres på et begrenset ikke-representativt utvalg, og at en må ta forbehold når det gjelder generaliserbarhet.

Vi presenterer funnene i en rekkefølge som skal gjøre det mulig for leser å skille mellom hvilke faktorer som fungerer som drivere eller barrierer for implementering av nye løsninger i hver enkelt sektor, og for å belyse at det er egne drivere og barrierer knyttet til spredning av allerede implementerte løsninger. Slik vil det være lettere å skille mellom hvilke funn studien har avdekket i relasjon til hver problemstilling.

4.1 Det økonomiske handlingsrommet

Et viktig funn i studien er at det økonomiske handlingsrommet har en påvirkning på implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren, både som en driver og som en barriere. Særlig i intervjuene med toppledere i kommunene kom dette tydelig frem. Dette funnet var også prevalent i utvalget fra spesialisthelsetjenesten, men funnene våre indikerer at dette oppleves å være betinget av det enkelte helseforetakets økonomiske situasjon, mens kommuneøkonomien ikke fremstår som like førende for hvor gjeldende temaet er for innovasjon i kommunehelsetjenesten.

Flere av topplederne vi intervjuet, på tvers av sektorene, påpekte at de i løpet av de siste årene virkelig har begynt å merke effektene av den demografiske og medisinske utviklingen, der flere og flere pasienter og brukere er multisyke eldre, med færre yrkesaktive som andel av befolkningen, og at det dermed er svært

ressurskrevende å yte best mulig behandling til hver enkelt pasient eller bruker. Analysene våre indikerer at det økonomiske handlingsrommet påvirker vellykket implementering av nye løsninger, enten som driver eller barriere. Det eksisterer drivere og barrierer knyttet til det økonomiske handlingsrommet i begge sektorene, men det er også noen forskjeller i hvordan dette kommer til uttrykk i relasjon til innovasjonsprosjekter i hver av sektorene. Dette er ikke uventet, ettersom de to sektorene opererer på forskjellige finansieringsgrunnlag, og vi vet fra tidligere forskning at finansiering er en sentral driver eller barriere for innovasjon for alle organisasjoner, der man som hovedregel ønsker å finansiere flere innovasjonsprosjekter enn det er økonomiske incentiver for å finansiere (Hall, 2005; Arrow, 1972). Det blir for omfattende å redegjøre for disse forskjellene i detalj ettersom de ikke er direkte relevante i relasjon til formålet med denne rapporten. Det vi først og fremst har sett gjennom denne studien, er at en innskrenkning av det økonomiske handlingsrommet både fungerer som en driver og barrierer for innovasjon. I kommunene tyder funnene våre på at en innskrenkning av det økonomiske handlingsrommet medfører økt behovsforståelse for innovasjonen, internt i de organisasjonene som berøres av trangere økonomi.

4.1.1 Funn fra kommunehelsetjenesten

Samtlige av respondentene vi intervjuet fra kommunal sektor trakk frem at de opplever at deres økonomiske handlingsrom har blitt svekket det siste tiåret. Kommunene har det finansielle ansvaret for eldreomsorgen som tilbys til innbyggerne i sin kommune, noe som medfører at den demografiske utviklingen med flere multisyke eldre, og færre yrkesaktive, merkes godt i kommuneregnskapene. Etter samhandlingsreformen (2012) er de også pålagt å tilby somatiske tjenester i form av øyeblikkelig hjelp ved døgnenheter (KAD/ØHD), et ansvar som tidligere kun tilfalt spesialisthelsetjenesten (Swanson et al., 2016). Til tross for at staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom eksternt finansiering ut over det opprinnelige kommunale budsjettgrunnlaget, så har den demografiske utviklingen og overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten påvirket det økonomiske handlingsrommet i kommunene. Funnene våre reflekterer denne virkeligheten som kommunene opererer innenfor, og gjennom intervjuene avdekkes det at respondentene våre fra kommunen mener at en trangere økonomi har vært en viktig driver for implementering og spredning av nye løsninger innenfor helse- og omsorgsfeltet, eksemplifisert gjennom følgende sitater fra våre intervju av toppledere i kommunehelsetjenesten:



Vi har sagt det veldig tydelig i [redigert] kommunen, at den utfordringen vi står overfor med flere eldre og færre yrkesaktive, det forutsetter at vi finner nye løsninger, nye måter å møte utfordringene på. Da må vi tenke nytt når det gjelder organisering og utnytte muligheter som teknologien gir. Vi har et stort merforbruk i våre tjenester i dag og vi klarer nok ikke å jobbe på den optimale måten. For å sikre velferdsstaten de neste 20 årene – så vi må tenke nytt. (Kommunalsjef helse og velferd).



Den andre viktige motivasjonsfaktoren er rett og slett forståelsen av at vi er i en presset økonomisk situasjon, og da tenker jeg nettopp på dette med at vi blir flere eldre og færre yrkesaktive per pensjonist. Det gir noen utfordringer. Vi er et rikt land, men uansett så må vi jo ha arbeidskraft for å gi tjenester til alle de som blir eldre. Vi må forandre noe for å få dette til å gå rundt. Vi kan ikke fortsette å gjøre ting som i dag. (Rådmann)



Jeg tenker at vi er helt avhengige av innovasjon, og særlig i det tidsskillet jeg opplever vi står i akkurat nå. Hverdagen vår gir ikke det store økonomiske handlingsrommet, men vi er ikke alene om det. (Kommunalsjef helse og velferd).

Disse funnene fra kommunal sektor viser en forståelse for at fremtidige økonomiske utfordringer, som følge av den demografiske og medisinske utviklingen, fungerer som en driver for vellykket implementering av nye løsninger i kommunal sektor. I tillegg ser vi at respondentene sier at denne utviklingen har vært merkbar i daglig drift, og driver dem til å tenke nytt.

4.1.2 Funn fra spesialisthelsetjenesten

Også toppledere i spesialisthelsetjenesten trakk frem et trangere økonomisk handlingsrom som en viktig driver for innovasjon. Analysene viser samtidig at drivere og barrierer knyttet til det økonomiske handlingsrommet er mindre i spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med kommunehelsetjenesten.

En klinikkjef vi intervjuet beskrev følgende økonomiske forhold som en av de to viktigste årsakene til at et innovasjonsprosjekt, som skulle vise seg å bli vellykket, ble igangsatt og senere implementert:



I min tid var det to ting som drev frem innovasjonen vi snakket om. Nummer én, i [redigert] var økonomien i fritt fall, og det var sånn at sykehuset gikk med et stort underskudd. Da kom [redigert] inn, og det ble nedbemanning og omstilling. Hvor mange måtte man ha vekk, dette var hovedgrepet. Vi skjønte at vi måtte tenke nytt." (Klinikkjef).

Sammenlignet med respondentene fra kommunal sektor, så var det færre funn knyttet til trangere økonomiske rammer som drivere for vellykkede innovasjoner blant respondentene vi intervjuet fra spesialisthelsetjenesten. En sykehusdirektør svarte følgende på spørsmål om kulturelle faktorer veier tyngre enn det økonomiske handlingsrommet i relasjon til en vellykket innovasjonsprosess:



Ja, alle synes vi jo at vi har for lite penger, men det er ingen som bruker så mye penger som oss på helsetjenestene. Jeg tenker at vi har mye penger, vi må bare passe på å bruke de riktig." (Sykehusdirektør).

Viktigheten av det økonomiske handlingsrommet som en driver for innovasjon ser naturlig nok ut til å variere ut ifra sykehusets økonomiske utgangspunkt, ettersom dette påvirker i hvilken grad sykehuset kjenner behov for endring. En sykehusdirektør ved et sykehus som er i en litt presset økonomisk situasjon trakk frem hvordan økonomiske utfordringer driver innovasjon gjennom å underbygge viktigheten av at noe må endres for at ting skal gå rundt:



Vi skal jo ta ned [redigert] millioner til neste år - smak litt på det. Så det er suksesskriteriet. Nå går de igjennom alle områdene som er viktige å vurdere i den [redigert]planen vår. Og risiko reduserer med tiltak knyttet til det. Så det er det å være bevisst at dette er så krevende, vi må gjøre noe ekstraordinært med å kommunisere dette ut. Vi må følge opp på en helt ekstraordinær måte. Jeg har brukt den der Kotter, de åtte stegene. Og bare det å få den forståelsen som han kaller "sense of urgency" og som vi gjerne oversetter til "kriseforståelse," som jeg synes er et litt dårlig begrep. For det er jo ikke krise på [redigert] sykehuset. Vi skal justere skuten noe og det er krevende. Men det er jo ikke en krise. Men hvis vi ikke gjør det, så kan det bli en krise. (Sykehusdirektør)

Disse sitatene viser at det enkelte helseforetakets økonomiske situasjon kan være førende for i hvilken grad toppledelsen ved sykehuset anser det økonomiske handlingsrommet som en driver for innovasjon gjennom å øke behovsforståelsen i organisasjonen, og at ledelsen har en viktig rolle i å kommunisere dette til organisasjonen. Som vi kan se ut ifra de utvalgte sitatene så er det i et sykehus der det skal gjennom økonomisk restrukturering at det legges størst vekt på det økonomiske handlingsrommet som en driver for nye løsninger. I sykehus med bedre økonomi kan det se ut til at dette temaet ikke anses som like betydningsfullt, og at det heller er drivere og barrierer knyttet til andre tema som er mest betydningsfulle for dem.

4.2 Kultur – endringsvillige organisasjoner

Samtlige respondenter fremhever viktigheten av å skape en organisasjonskultur der medarbeiderne viser vilje til omstilling for å lykkes fullt ut med en innovasjonsprosess. Intervjuene avdekket flere barrierer knyttet til

vanskeligheter med å oppnå og deretter opprettholde en slik organisasjonskultur, hvor vilje og evne blant de ansatte til å gjennomføre nødvendig endring er til stede. Alle lederne som ble intervjuet trakk frem dette som en viktig driver eller barriere i tidligere innovasjonsprosjekter de enten har deltatt i eller ledet, samt i forbindelse med hva de per i dag anser som en sentral driver eller barriere for kommende innovasjonsprosjekter. Analysene våre viser at det eksisterer forskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på flere områder i relasjon til dette temaet, spesielt når det gjelder hvordan man skaper en slik organisasjonskultur. Det de derimot enes om, er viktigheten av at en slik kultur eksisterer innad i deres organisasjoner, og hvilke barrierer som står i veien for at en slik kultur oppstår. Som funnene våre vil vise, er disse barrierene i hovedsak knyttet til menneskets iboende motstand mot endring, en mangel på et følt endringsbehov og antatt risiko ved endring.

4.2.1 Funn fra kommunehelsetjenesten

Samtlige av respondentene fra kommunene, som deltok i studien, trakk frem endringskultur som en av de mest sentrale driverne eller barrierene, alt etter om en slik kultur eksisterer i organisasjonen eller ikke. En kommunalsjef for helse og velferd sa følgende om viktigheten av dette temaet:

” Også tror jeg og vi må jobbe med kulturen i kommunen. Jeg kan forstå at folk som kommer med en god idé til kommunen opplever en vegg av motstand. De er litt lite lydhøre for andre sine idéer og vi som fagfolk tenker ofte at vi har løsningen selv og er litt for lite nysgjerrige på andre sine innspill. Vi må som kommuneorganisasjon øve på å være mer åpen for innspill fra omverdenen og finne løsninger sammen med folkene som skal bruke dem. Det er en kulturell endringsoppgave. (Kommunalsjef helse og velferd).

Som det kommer frem av sitatet, så oppleves manglende åpenhet for innovasjon og nye løsninger som en del av organisasjonskulturen i den aktuelle kommunen, og kulturen fungerer dermed som en barriere for å få til nødvendig omstilling for å imøtekomme morgendagens helseutfordringer. En kommunalsjef for helse og velferd i annen kommune, i en helt annen landsdel, beskrev lignende kulturelle barrierer for innovasjon. Det ble påpekt at en iboende menneskelig motstand mot endring, i kombinasjon med følt risiko for negative utfall i en innovasjonsprosess, blir en barriere for at en slik endringskultur oppstår:

” Ja, det handler om at det er, hos oss alle, en viss motstand mot endring, vi vil gjøre det på den trygge gode måten. Så tenker jeg det er slik både blant politikere og innbyggere og media, de er ganske kritiske, hvis vi begynner å gjøre endringer, som i hvert fall ikke i første omgang ser så veldig positive ut. (Kommunalsjef helse og velferd)

En kommunalsjef for helse og velferd i annen kommune, i en annen landsdel, beskrev lignende barrierer for innovasjon:

” *Jeg tror det handler om at vi liker å gjøre ting sånn som vi har gjort det før og at det oppleves ofte travelt ute i felten. Du må ofte over en liten bakketopp for å ta i bruk nye løsninger eller nye måter å jobbe på. Der og da oppleves det som det går fortere å gjøre det sånn som vi har gjort det før. (Kommunalsjef helse og velferd)*

4.2.2 Risiko og ansvarliggjøring kan være barrierer for implementering av nye løsninger

Flere av lederne i kommunene trakk frem risiko og ansvarliggjøring som barrierer for at en organisasjonskultur preget av endringsvillighet oppstår. De beskrev at man blir direkte ansvarliggjort dersom innovasjonsprosjekter medfører negative resultater som for eksempel merarbeid eller redusert kvalitet på tjenester. Innovasjon medfører naturlig nok endring av etablert praksis, noe som kan være krevende i en overgangsfase, samtidig som de opplever lite rom for å gjøre feil og stor risiko knyttet til denne prosessen ettersom det til syvende og sist handler om liv og helse:

” *Det er ikke rom for å gjøre feil, fordi da stoler man ikke på den nye løsningen, og man fortsetter å gjøre ting på den måten man har gjort til nå. Så de feil man har gjort, de blir ikke tilgitt. Hvis det er et IT-verktøy som skal implementeres for å ta ned kostnader og forenkle arbeidsoppgaver til ansatte, så blir det egentlig omvendt virkning. Det er veldig vanskelig å få ansatte til å være med på den utviklingen, for der er lite rom for å gjøre feil. Og det er jo forståelig, det handler om liv og helse. (Kommunalsjef helse og velferd)*

En kommunalsjef for helse og velferd i en annen kommune, i en annen landsdel, beskrev tilsvarende barrierer i sin kommune:

” *Det er vanskelig, det handler jo om liv og død. Vi har tilsynsmyndighetene på nakken og det er null-feils toleranse. Skjer det avvik og feil, så er det jo noen som får sin helse påvirket av det. Det er rett og slett ekte utfordrende. Jeg vet ikke om dette er en brannfakkell, men det er jo hvert fall veldig krevende, fordi en innovasjonskultur er også en prøve og feile-kultur. (Kommunalsjef helse og velferd)*

En annen kommunalsjef i en stor kommune i en annen landsdel beskrev tilsvarende problematikk knyttet til innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der feilslåtte innovasjonsprosjekter kan medføre store menneskelig kostnader:



Så tenker jeg, en ting er å feile og at det koster penger, det får vi leve med, men hvis du feiler og det fører til at tjenesten ikke blir forsvarlig og brukeren får feil medisin eller feil hjelpemiddel, eller snubler i et eller annet og ikke kan varsle med trygghetsalarmen sin, så er det ganske katastrofalt. Så den angsten man har for at noe skal gå galt, gjør at man fastholder på det en vet virker sånn noenlunde, den tror jeg er helt reell. Altså et reelt hinder for innovasjon tror jeg. (Kommunalsjef helse og velferd)

Disse funnene fra intervjuene våre med toppledere i kommunehelsetjenesten indikerer at risikoen for å gjøre feil oppleves så stor at den fungerer som en barrierer for å oppnå en organisasjonskultur som stimulerer til innovasjon. Det er derfor viktig at toppledere er klar over denne problematikken, og skaper rom og trygghet hos de ansatte slik at de opplever støtte og ryggdekning fra toppledelsen i organisasjonen når de skal i gang med en innovasjonsprosess. Uten at dette foreligger som en del av organisasjonskulturen i kommunen vil det være større sannsynlighet for at innovasjonsprosjektet kun oppleves som en risikofylt merbelastning. Det er allikevel viktig å erkjenne at den opplevde risikoen i aller høyeste grad er reell ettersom det er snakk om liv og helse, og at balansegangen mellom å ivareta dette hensynet, mens man samtidig skal innovere virksomheten, stiller store krav til ledelsen. I tillegg eksisterer det en politisk dimensjon i kommunehelsetjenesten, og innovasjonsarbeid i sektoren er utsatt for press fra den aktuelle lokalbefolkningen dersom innovasjon medfører

4.2.3 Funn fra spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten trekkes organisasjonskulturen frem som en barriere for endring, og vi ser at det er forskjeller i vårt datamateriale mellom kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten på dette området. Våre funn tyder blant annet på at risikoen for å gjøre feil ikke er en like betydelig barriere for implementering av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten, ettersom man har en organisasjonsstruktur som minner mer om det man finner i det private næringslivet. Dette innebærer at det politiske elementet som innebærer at man i løpet av innovasjonsprosessen må svare til folkeopinionen ikke er til stede, og at risikoen for å gjøre feil da kan oppleves som mindre, selv om den selvsagt i aller høyeste grad er til stede også i spesialisthelsetjenesten. Det vi finner et at det i større grad enn i kommunehelsetjenesten er snakk om barrierer som faglige motsetninger, manglende økonomisk rom for endring og et svært høyt arbeidspress som vanskeliggjør godtakelse av mulige feilskjær under en innovasjonsprosess. Funnene våre tyder på at det er vanskelig, men nødvendig å skape en positiv endringskultur i spesialisthelsetjenesten:



Vi må få en forståelse i organisasjonen om at slik som vi jobber i dag, kan vi ikke jobbe i morgen. Altså det er noe med at skal vi møte utfordringene i helsetjenesten, så er vi nødt til å jobbe annerledes hele tiden. Og det kommer til å være mer og mer av de som sier de er så endringstrette. For 10 år siden så var det sånn at vi måtte slutte å endre oss for nå er vi så endringstrette, eller hva det var. Nå har jeg ikke hørt så mye om det lenger. Men det er jo slik at skal helsetjenesten være i nærheten av å løse utfordringene vi får i fremtiden, så må vi hele tiden tenke nytt. Og det å skape en forståelse i organisasjonen for dette, det er jo en kultur ikke sant? (Sykehusdirektør).

En klinikkjef ved et sykehus kom med følgende eksempel på hvordan han møtte mostand innad i egen organisasjon mot en foreslått innovasjonsløsning, ettersom fagmiljøet innad i den aktuelle klinikk rett og slett var uenige i at innovasjonen var en god idé:



Kulturutviklingsbiten er krevende. Jeg har møtt ganske mye motstand i egen klinikk. De syntes faktisk ikke at det var en god idé. Det er utfordrende når du etablerer noe nytt, så går det på bekostning av noe annet. Jeg har jo tenkt at jeg ikke kan tvinge det på dem, de må få vokse seg inn i det. Så på et tidspunkt måtte jeg la dem være aleine med å prøve å finne ut av det, altså [redigert]-teamet med [redigert], jeg måtte trekke meg helt ut, ikke presse på. (Klinikkjef).

En annen sykehusdirektør tegnet et bilde av et høyt arbeidspress som vanskeliggjør å prioritere innovasjonsløsninger som på sikt ville gjort arbeidsoppgavene enklere:



Hva er grunnen til at vi ikke får det til? Det handler mye om at det er så travelt, det er som om man blir slukt av driften, og man prioriterer ikke i en liten overgangsperiode å fokusere på hvordan kan vi gjøre dette på en enklere måte (Sykehusdirektør).

Videre kom en klinikkjef vi intervjuet med eksempel på hvordan det kan være vanskelig å skape en innovasjonskultur i organisasjonen, ettersom innovasjon kan involvere mye følelser hos de involverte dersom det oppstår faglige motsetninger som oppleves som kritikk av egen kompetanse eller person:



Det har vært store, og til dels ugjennomsiktige og veldig uklare interessekonflikter. Det ble en konflikt som tok mange merkelige former som vi strevde lenge med, men nå har vi inngått en type våpenstillstand og vi konsentrerer oss om hva vi kan få til. Det er veldig emosjonelle saker. (Klinikkjef)

Fra funnene ser vi at faglige motsetninger og høyt arbeidspress fungerer som barrierer for å etablere en nødvendig endringskultur i spesialisthelsetjenesten. Disse funnene vil bli inngående drøftet senere i rapporten.

4.3 Forankring og eierskap

Samtlige av lederne vi intervjuet mener at god forankring av innovasjons-prosjektet/prosessen er avgjørende for å lykkes med implementering av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Funnene indikerer at dersom en innovasjon skal være vellykket, så må den forankres langs flere nivåer; 1) ledernivå, 2) prosjektnivå og 3) organisasjonsnivå. Manglende forankring i relasjon til ett eller flere av disse nivåene vil være en stor barriere for en vellykket innovasjonsprosess.

Respondentene våre trakk frem at innovasjonsprosjekter trenger støttende ledelse. Det er avgjørende at både ledelsen og prosjektteamet drar i samme retning for å få nye løsninger realisert og implementert. Ofte er det ledelsen som sitter med ansvar for budsjetter og har beslutningsmyndighet for ressursbruk og penger. Innovasjonsprosjekter trenger motiverte og engasjerte prosjektmedarbeidere. Et godt prosjektteam består av mennesker som har en genuin tro på at innovasjonsprosjektet vil føre til løsninger som skaper verdi, et team som bidrar til driv og fremgang i innovasjonsprosessen. Innovasjonsprosjekter trenger støtte i resten av organisasjonen. Erfaringer viser at støtte fra medarbeidere utenfor prosjektteamet er viktig. Det er ofte mennesker som skal være med på å ta i bruk de nye løsningene, og hvis disse fører til store endringer, er det en nødvendighet at hele organisasjonen er med på å støtte disse.

4.3.1 Funn fra kommunehelsetjenesten

I kommunal sektor påpekte respondentene at en innovasjonsløsning innad i kommunen ofte innebærer et samarbeid mellom avdelinger og organer som ikke har en egeninteresse av vellykket implementering av innovasjonen. Dette kan være et resultat av organisering eller manglende fagkompetanse innad i den aktuelle avdelingen som ønsker å implementere innovasjonen, noe som medfører at de må søke etter ekstern kompetanse fra andre deler i kommunene, eller fra konsulenttjenester. Dette kan medføre vanskeligheter som følge av manglende forankring på tvers innad i organisasjonen, eksemplifisert gjennom følgende sitat fra en kommunalsjef for helse og velferd i en stor kommune:



Det er veldig ofte ansatte som har en god idé, men det forutsetter involvering fra veldig mange andre ulike i kommunen. Og det kan være litt drepende på motivasjonen noen ganger, når man opplever at andre avdelinger kanskje har en annen prioritering enn det vi har. Og hvis at du kanskje må vente et halvt år eller et år til at dette blir innarbeidet i de andre som må involveres i dette arbeidet for å få fortgang i det, så forsvinner jo motivasjonen veldig fort. Det er vanskeligheter med å samordne samarbeid internt i kommunen. (Kommunalsjef helse og velferd)

Vi har også funnet eksempler der manglende forankring innad i selve prosjektet har fungert som en barriere. Det respondentene har påpekt som en viktig driver her er at de som skal jobbe med innovasjonen i det daglige, de som jobber ytterst i tjenesteledet, inkluderes i prosjektet. En kommunalsjef for helse og velferd i en større kommune belyste viktigheten av å forankre tilknytningen til fagfolk og ansatte i tjenesten gjennom prosjektet, og hvordan dette fungerer som en driver for vellykket implementering:



Få med fagfolk og de som jobber med dette i prosjekter, slik at de skal få eierskap til det. Det tror jeg er en viktig driver. Skal man få innført nye løsninger, er det viktig å ha med de som jobber i tjenesten. At det ikke blir noe som blir tredd over hodet på dem." (Kommunalsjef helse og velferd)

En rådmann og en kommunalsjef for helse og velferd i en stor kommune, i annen landsdel, trakk også frem viktigheten av bred forankring, også på et politisk nivå, for å sørge for vellykket implementering av nye løsninger:



Vi har en egen strategi for forskning og innovasjon, som må være politisk vedtatt. (Rådmann)

En kommunalsjef for helse og velferd i en annen kommune trakk frem viktigheten av forankring langs de tre nivåene, og fremhevet viktigheten av at innovasjonen er forankret på ledernivå, organisasjonsnivå og prosjektnivå:



Det er helt avgjørende at innovasjonsprosessen/prosjektet må være godt forankret i kommunen både på politisk nivå, administrativt nivå, på ledernivå og hos de som "står ved sengen." Det må sikres god forankring i hele prosessen." (Kommunalsjef helse og velferd)

En kommunaldirektør snakket om at det er en tendens til at enkelte yrkesgrupper hegner om sitt territorium. Og at det er viktig å ha disse med på laget, ellers vil innovasjonsprosjekter kunne stoppe opp.

” *En av de største utfordringene vil jeg si er at det er enkelte yrkesgrupper, som har også fagforeninger, som er veldig på at dette er det vi som kan, dette må ikke noen andre komme inn og rote med. Kan nevne flere, men Legeforeningen er kanskje de som er opptatt av at de, i hvert fall til en viss grad, vil hegne om sitt territorium og ikke vil slippe andre til. Her er det i hvert fall særinteresser som ja, vil kunne utfordre dette.* (Kommunalsjef helse og velferd).

Vi ser altså at forankring gjennom hele prosessen, i alle berørte ledd, er essensielt for at innovasjonsprosjektet skal være vellykket, men at dette kan være utfordrende som følge av faglige motsetninger og ulike incentiver for samarbeid.

4.3.2 Funn fra spesialisthelsetjenesten

Begge klinikksjefene vi intervjuet trakk frem forankring hos toppledelsen og i resten av sykehuset, på spørsmål om hva de anså som essensielle drivere for at et innovasjonsprosjekt de hadde ledet faktisk ble vellykket:

” *Forankring og direkte kontakt med direktøren, hvis ikke hadde jeg ikke fått til noen ting.* (Klinikksjef).

En annen klinikksjef påpekte også viktigheten av forankring hos direktøren, slik at hen visste at direktøren var innforstått med at det ble satt av tid og ressurser til å gjennomføre prosjektet:

” *Dette ble finansiert fra mitt budsjett. Vi må legitimere tidsbruken dette tar, det er noe av det viktigste ledere gjør* (Klinikksjef)

En annen klinikksjef påpeker at innovasjonen også må forankres innad i organisasjonen og gjennom prosjektet:



[redigert, navn] var tydelig på at prosjektgruppen var det stedet der man tok beslutninger, dette var viktig ettersom det alltid er noen som får en bedre idé og bare gjør det, da blir det kaos. Man måtte først få aksept fra prosjektgruppen, dette er viktig. (Klinikksjef)

Også toppledelsen ved sykehus anerkjenner viktigheten av at de er involvert i innovasjonsprosjekter for at de skal bli vellykket, gjennom at prosjektene er forankret hos sykehusdirektøren, men også i alle leddene som påvirkes av endringene innovasjonen medfører:



Jeg holdt på å si: eierskap gjennom hele linja. Toppleders eierskap er ekstremt viktig. At toppler er tydelig på at dette er helt avgjørende og viktig. Men så er det ikke nok at jeg sitter her inne i dette rommet og synes at dette er kjempeviktig. Det må kommuniseres nedover i organisasjon og sikre eierskapet. (Sykehusdirektør)

En klinikksjef ved et større sykehus beskrev forankring i organisasjonen som essensielt for at innovasjonsprosjektet de jobbet med resulterte i vellykket implementering.



Vi etablerte en tverrfaglig gruppe. Vi hadde med folk fra alle de berørte klinikkene og alle kategoriene. Problemene er alltid legene, så vi tok med flere leger. Vi reiste sammen, pratet og der ble hele prosjektet pønsket ut. (Klinikksjef)

En sykehusdirektør trakk også frem perspektivet at helseforetakene har sterke profesjoner som må inkluderes i prosjektet. Skal man lykkes med innovasjon og implementering av nye løsninger må fagpersoner være med:



Og så er det jo det at her er det sterke profesjoner, litt sånn som på et universitet, at du nesten kan snu organisasjonskartet på hodet fordi du har topp spiss-kompetanse helt nede, helt ute i organisasjonen. Og disse profesjonene "vet best" ikke sant, så at de går på tvers, at de skal lære av hverandre og at de skal ta i bruk ny teknologi, det virker liksom så irrelevant for dem. (Sykehusdirektør)

En annen sykehusdirektør i en annen helseregion understreket viktigheten av at innovasjonsprosjekter også må være godt forankret hos de tillitsvalgte i organisasjonen. Glipper det her, vil prosjektene mest sannsynlig strande underveis:



Vi ser jo at en del prosjekter stopper opp også fordi man har glemt å ta med de tillitsvalgte, man har glemt å drøfte, man har glemt å følge hovedavtalen også må du tilbake til null og starte på nytt, noe skaper masse motstand. (Sykehusdirektør)

4.4 Lovverket kan fungere som en barriere for innovasjon

Analysen av det transkriberte materialet avdekker funn som indikerer at lovverket oppleves som en barriere for å gjennomføre nødvendig innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Lovverket som har blitt trukket frem som problematisk av flere av respondentene våre, hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten, er lov om offentlige anskaffelser. Også her ser vi at det er forskjeller og likheter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og totalt sett er topplederne innenfor kommunesektoren langt mindre kritiske til lovverket som en barriere for implementering av innovasjon, sammenlignet med toppledere i spesialisthelsetjenesten. Samtidig enes respondentene fra begge sektor om at lovverket er nødvendig, ettersom det fastslår organisatorisk forankring, og slik gjør implementering av innovasjon ryddigere. Dette synet er spesielt gjeldende i kommunehelsetjenesten.

4.4.1 Funn fra kommunehelsetjenesten

En kommunalsjef for helse og omsorg i en stor kommune svarte følgende på spørsmål om han anser lovverket som en barriere for innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:



Det er klart at det stilles veldig strenge krav til løsningene som kan være utfordrende å imøtekomme for en del leverandører. Men jeg tenker at lovverket i seg selv ikke er et hinder for innovasjon, jeg tenker at lovverket er der for å ivareta og veie opp ulike hensyn. Hensynet til at vi har trygge løsninger, og det at vi har trygge løsninger er kjempeviktig. Innovasjon må ikke presse oss ut av en vurdering som er forsvarlig, altså sikkerheten må ivaretas ellers misser vi fullstendig. Så jeg tenker at lovverket legger noen begrensninger, men det er viktige begrensninger. (Kommunalsjef helse og omsorg)

Vi stilte samme spørsmål til en annen kommunalsjef for helse og omsorg, i en annen stor kommune, i en annen landsdel, og fikk et relativt likt svar:

” *Så det begrenser innovasjonen, men jeg tror det er nødvendig begrensning faktisk. Det er viktig at vi skolerer oss og har kompetanse på disse tingene selv, for hvis vi ikke, så vil det forsinke innovasjonen. Det kan faktisk gjøre at vi ikke får gjort de tingene vi må underveis, om vi skal pilotere nye ting, og så plutselig blir det full stopp, fordi "oj sann", her var det noe vi ikke hadde gjort, og så må vi vente ett og et halvt år.*”
(Kommunalsjef helse og omsorg)

Flere toppledere fra kommunesektoren trakk allikevel frem lovverket som en barriere for innovasjon, spesielt i relasjon til et komplisert og krevende personvernlovverk. Også en av rådmennene vi intervjuet anså lovverket som krevende i relasjon til innovative løsninger, men de fokuserte på personvernlovgivning fremfor lov om offentlige anskaffelser:

” *Lovverket kan være en barriere i relasjon til GDPR og personvern. Vi har egne folk som jobber med dette, GDPR-ansvarlige, men både i arkivlovgivning, personrettigheter, alt det der, det er ekstremt krevende, og hvordan vi skal finne løsning på det, det vet jeg ikke.* (Kommunalsjef/Rådmann)

Dette ble også trukket frem av en kommunalsjef for helse og omsorg, i en kommune som tilhører en annen landsdel:

” *Det er jo nesten følt å si at det hindrer innovasjon, men de setter i hvert fall noen ganske kraftige begrensninger på innovasjon og det har jo ikke blitt enklere etter at vi fikk GDPR-direktivet i fjor. Det er ganske strenge grenser, det har nettopp gått opp for oss, hva, hvilken jobb vi har foran oss. Alle velferdsteknologiske løsninger, der er det jo mye innovasjon, smått og stort som kommer på markedet, alle, hver eneste løsning som vi tar i bruk, skal da være en DPIA analyse på, altså en personvernsanalyse på hvert enkelt hjelpemiddel.*” (Kommunalsjef helse og omsorg)

Fra respondentene våre som tilhører kommunal sektor ser vi altså at de synes lovverket kan være utfordrende å forholde seg til, og slik fungerer som en barriere for innovasjon ettersom det gjør prosessen mer krevende og kompleks, men vi ser samtidig at flere av respondentene påpeker viktigheten av dette lovverket, også i et

innovasjonsperspektiv. Vi opplevde at respondentene våre fra spesialisthelsetjenesten var mer kritiske til lovverket.

4.4.2 Funn fra spesialisthelsetjenesten

Særlig indikerer funnene våre at sykehusdirektører anser lovverket som en barriere for innovasjon, og da spesielt lov om offentlige anskaffelser. Flere av disse respondentene mener dette lovverket fungerer som en barriere ettersom det oppleves som rigid og vanskelig å tolke, og dermed drepene for en dynamisk innovasjonsprosess hvor toppledelsen i helsetjenestene kan iverksette mindre innovasjonsprosjekter der de føler et opplagt behov for endring av praksis. I lys av den aktualiserte problematikken om for mange pilotprosjekter kan det virke rart at vi finner at flere toppledere innenfor helsetjenestene skulle ønske et lovverk som gjør det enklere å starte innovasjonsprosjekter, men funnene våre indikerer at dette tvert imot ville ført til færre piloter, og høyere implementeringsrate av igangsatte prosjekter.

En sykehusdirektør vi intervjuet svarte følgende på spørsmål om personen opplever lovverket som en barriere for innovasjon, og fra sitatet ser vi at det er spesielt tolkningen av lovverket som denne sykehusdirektøren mener at fungerer som barriere for innovasjon:

” *Lov om offentlige anskaffelser i seg selv trenger ikke å være et hinder for innovasjon, men problemet er fortolkningen og måten man håndhever denne loven. Som jeg aldri har sett på maken jeg. Det er fryktelig vanskelig og farlig, alt er farlig. Lov om offentlige anskaffelser kom fordi man skulle hindre korrupsjon og man skulle spare penger for det offentlige, ikke sant? Og det er veldig viktig, det er derfor vi har den loven. Men den blir fortolket av veldig mange så strengt at det er ingen kreativitet og ingenting er lov. Og jeg vet ikke hvorfor det er blitt sånn, men jeg tror det er en veldig viktig jobb å gjøre å endre dette, fordi sånn den blir fortolket i dag tror jeg nok at en del innovasjon stoppes i forvaltningen av loven. Men jeg tror ikke loven egentlig er ment å være et hinder for innovasjon. (Sykehusdirektør)*

En annen sykehusdirektør trakk også frem lov om offentlige anskaffelser som en barriere for innovasjon, da med fokus på selve anbudsprosessen:

” *Når det gjelder disse her innovative anskaffelsesreglene som finnes i lov om offentlig anskaffelse, så syns vi de er så utrolig krevende og vanskelige, og vi har ikke sett noen gode resultater hos noen. Jeg syns de skulle hevet grensene for når vi skal bruke anbud, for anbudsprosessen i seg selv er blitt så vanskelig.*

Særlig når det er et nasjonalt innkjøpselskap, så vi er avhengig av at de har tid, kapasitet og kompetanse til å hjelpe oss, hvis ikke får vi ikke lov å gjøre noen ting. (Sykehusdirektør)

Vi har nå presentert fire tema som hver og for seg, i større eller mindre grad avhengig av den aktuelle sektoren, fungerer som enten drivere eller barrierer for implementering av nye løsninger. Nå presenteres neste del av analysen, hvor vi tar for oss hvilke tema som fungerer som drivere eller barrierer for spredning av allerede implementerte innovasjonsløsninger.

Analyse del 2: Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger



5 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger

5.1 Drivere og barrierer for spredning av nye løsninger - perspektiver fra kommuner og helseforetak

En viktig del av studien har vært å undersøke hva toppledere i kommuner og helseforetak mener er drivere og barrierer for spredning av vellykkede innovasjoner. Begrunnelsen for å inkludere spredning som en egen del av problemstillingen var at manglende spredning av vellykket innovasjon kan føre til unødvendig mange piloter, der man forsøker å finne opp hjulet på nytt fremfor å ta i bruk innovasjonsløsninger som har resultert i positive utfall ved andre kommuner og helseforetak. Dette anses som negativt fra et helsepolitisk hold, og det settes derfor krav fra Helse- og omsorgsdepartementet til spredning av innovasjon på tvers av helsesektoren:

” Helse- og omsorgssektoren er preget av stort fokus på pilotprosjekter og har mindre oppmerksomhet på implementering og spredning av innovasjoner. Spredningskanalene er ulike alt avhengig om det er kommersielle eller egenutviklede løsninger. Uansett går det i dag for lang tid fra utvikling til at løsninger gis spredning. Dette forsterkes ved fragmenterte utviklingsløp med lite samordning på tvers av kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Dette medfører ofte flere prosjekter med samme formål og løsninger, uten at disse samhandler og synergieffekter realiseres. (Regjeringen.no, 2018)

Selv om det er viktig at innovasjonsløsninger er tilpasset lokale behov og forhold, kan manglende samarbeid innad i helse- og omsorgstjenesten om spredning være negativt i et samfunnsøkonomisk bærekraftperspektiv, og det er derfor viktig at disse hensynene balanseres mot hverandre. Vi var derfor interessert i å finne ut hva toppledere i kommuner og helseforetak hadde å si om spredning av vellykkede innovasjonsløsninger. Vi finner at driverne og barrierene for spredning av innovasjonsløsninger innad i helsetjenestene er relatert til følgende tema:

- 1) Samarbeidskultur
- 2) Konkurransen

Funnene våre indikerer at det eksisterer både kulturelle og systemiske drivere og barrierer knyttet til spredning av innovasjonsløsninger, og at disse kan kategoriseres under teamene samarbeidskultur og konkurranse. I all hovedsak indikerer svarene til respondentene våre fra kommunen at det eksisterer en god samarbeidskultur innad i deres respektive kommuner, og at det er systemer på plass for å ivareta dette samarbeidet. Det kan eksistere en form for konkurranse mellom kommuner som kommer til uttrykk ved at man ønsker å utvikle lokalproduserte innovasjonsløsninger, men funnene våre tyder på at det da heller er snakk om en skepsis til hvorvidt løsninger vil kunne implementeres uten for store omlegginger av daglig drift, snarere enn prestisje. For spesialisthelsetjenesten finner vi derimot at prestisje spiller en rolle i relasjon til konkurranse, og at samarbeidskulturen er preget av dette.

5.1.1 Funn fra kommunehelsetjenesten

Når vi stilte lederne fra kommunal sektor spørsmål om hvordan de jobber med og forholder seg til spredning av innovasjonsløsninger, fremhevet samtlige viktigheten av å samarbeide med andre enheter innad i kommunen, med andre kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Det var derimot langt mindre konsensus rundt hvilke faktorer som har drevet eller fungert som barrierer for spredning i innovasjonsprosjekter som de har jobbet med, og dette virket å i stor grad være preget av de aktuelle forholdene rundt den spesifikke innovasjonen. En kommunalsjef for helse og velferd i en større kommune trakk frem lokale, kulturelle forhold som den største barrieren for spredning av innovasjonsløsninger:



Vi står på for å utvikle en samhandlingskultur, som handler om et stort "vi" altså. Det er en floskel å bare si vi, det å omsette i handling og faktisk ta hverandres ressurser i bruk på tvers. (Kommunalsjef helse og velferd)

Flere av respondentene både fra kommunene og helseforetakene pekte på manglende samarbeidskultur og "not invented here"- fenomenet som en mulig barriere for implementering av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Dersom utgangspunktet i organisasjonen er at innovasjon som ikke har oppstått innenfra automatisk ikke vil fungere i deres organisasjon, så vil det være negativt for å bygge en positiv endringskultur i den aktuelle kommuneorganisasjonen. Imidlertid finner vi hovedsakelig at kommunene har evnet å bygge opp en tillitsfull relasjon og en god samarbeidskultur som fungerer som en driver for implementering og av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren:



Vi har fått til et godt samarbeid knyttet til velferdsteknologi. Der har vi klart å samle alle kommunene til å kjøpe inn like «duppeditter» sånn at kommunene kan ha glede av hverandre sin kompetanse på tvers. Vi har etablert felles kompetansesenter og en regional koordineringsgruppe, det tror jeg er ganske enestående. (Rådmann)

En kommunaldirektør for helse og velferd i en annen kommune mente også at samarbeidet om innovasjon på tvers av kommuner er godt, og at den aktuelle kommunen er åpen for å la seg inspirere av innovasjonsløsninger som har blitt implementert i andre kommuner:



Vi er 6 storbyer som har et samarbeid, vi ser til andre og lærer fra andre, og på enkelte områder har vi et veldig godt samarbeid. Vi er ikke redde for å se oss over skuldra. (Kommunaldirektør helse og velferd)

En annen kommunalsjef for helse og velferd trakk frem etableringen av samarbeid mellom kommunene i regionen som en viktig driver for spredning:



Så vi har jo etablert en struktur. Vi kaller det for [redigert], og det er et regionalt samarbeid mellom alle kommunene i [redigert]. Det er også mellom sykehusledelse og kommuneledelse. Dette har vært veldig positivt for samarbeidet." (Kommunalsjef helse og velferd)

5.1.2 Funn fra spesialisthelsetjenesten

Funnene våre fra spesialisthelsetjenesten tilsier at det er andre forhold som fungerer som drivere og barrierer for spredning, sammenlignet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Våre funn tyder på at konkurranse og manglende samarbeid om innovasjon mellom helseforetakene er den viktigste driveren for at en positiv sprednings- og synergieffekt finner sted i forbindelse med innovasjoner som er vellykket.

En sykehusdirektør problematiserte hvordan konkurranse mellom HF og RHF fungerer som en barriere for spredning av innovasjonsløsninger:



Den største overraskelsen er å erfare konkurranse på en negativ måte, at man holder på informasjonen og at man ikke vil dele også innenfor egen region. Jeg tror det er ekstremt viktig i et innovasjonsperspektiv at man lærer av hverandre på tvers. Ja det er pussig, det er noe kulturelt der som jeg ikke helt får tak i. Hvorfor er det ikke mer læring på tvers? (Sykehusdirektør)

En sykehusdirektør ved et annet sykehus beskrev også at konkurranse mellom HF fungerer som en barrierer for spredning av vellykkede innovasjonsløsninger:

” *Det rare var at [før jeg startet i denne jobben] trodde jeg at i helsevesenet - der er det ingen konkurransemessige barrierer, man kan snakke om alt, man kan dele alt. Men det jeg har erfart så langt er at det er ingen steder det er så dårlig læring på tvers som mellom HF-er og RHF-er. Også de fire RHF-ene. Joda de samarbeider, men det er jo et skikkelig konkurransemoment mellom dem, og det er sunt, men egentlig blir konsekvensene mangelfull læring på tvers. Man skal absolutt gjøre alt på nytt igjen.* (Sykehusdirektør)

En tredje sykehusdirektør trakk også frem konkurranse som en barriere for spredning og samarbeid om innovasjonsløsninger, og at dette har ført til en problematisk konkurransekultur innad i spesialisthelsetjenesten:

” *Det var ingen som ble spurt om det [redigert] var en god idé og om man ville støtte det, det ble bare kjørt flatt igjennom. Og da hadde [redigert, et HF] de bestemte seg for at de skulle være konge på dette, sant, og så sitter man igjen med konsekvenser i de andre regionene som man må forholde seg til, og da er det litt sånn bære eller bryte, ikke sant, istedenfor da å lage en avtale på et eller annet vis og si: vi er enig i at [HF] egner seg veldig godt for å teste ut [redigert]. Jeg tenker at da hadde vi alle hatt anledning til å være heiagjeng. Nå sitter alle bare og venter, og lurert på hvordan det går. Så det er [svar på spørsmål om hva som er den viktigste barrieren for spredning av innovasjon mellom HF] det der med å skulle vinne. Og jeg, jeg tenker at offentlig sektor har ikke råd til å tenke sånn, at vi skal vinne. Vi er et lite land og vi er bare fem millioner mennesker. Vi skal prøve å ikke spenne ben på hverandre. Skal vi faktisk kunne ha noe å leve av etter at oljen er slutt og klare å finansiere så mye av velferdsstaten som det går an å berge og da, da tenker jeg at samarbeid er løsningen. Og det synes [manglende samarbeid] jeg er en problematisk kultur.* (Sykehusdirektør)

En klinikkjef ved et annet helseforetak trakk frem manglende fokus på hva som fungerer ved andre helseforetak som en barriere, og påpekte at en av de viktigste driverne for at et større innovasjonsprosjekt han ledet ble en suksess, var at personen som leder var åpen for å søke etter innovasjonsløsninger utenfor egen organisasjon. Denne klinikkjefen problematiserte også at det er lite kunnskap om hvordan andre helseforetak jobber i Norge, samt at konklusjonene fra nasjonale møter på øverste ledelsesnivå ikke kommuniseres nedover i organisasjonen:



Hvis jeg skal si noe for min egen del er det dette, jeg er kanskje litt mer oppmerksom enn gjennomsnittet på hva naboen gjør. Dette er det utrolig lite kunnskap om i dette landet, og det kan forundre meg at det er nasjonale direktørmøter, nasjonale fagmøter, jeg vet ikke hvor mange møter det er. Og du hører ikke noe om hva de sitter og diskuterer på disse møtene. Jeg aner det ikke. (Klinikksjef)

Analyse del 3: Samarbeid med næringslivet



6 Drivere og barrierer for implementering av nye løsninger: perspektiver fra næringslivet

Vi intervjuet fem toppledere fra små og mellomstore bedrifter som jobber med salg av velferdsteknologi og medisinsk teknologi mot helse- og omsorgssektoren. Vi ønsket å få innsikt i hva disse bedriftene opplever som drivere og barrierer for et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. Dette i lys av den nye Helsenæringsmeldingen og et uttalt politisk ønske om større grad av offentlig-privat samarbeid. Alle respondentene fra næringslivet er daglige ledere i sine respektive bedrifter og dette er små og mellomstore bedrifter som selger sine produkter til ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Vi ekskluderte større internasjonale bedrifter med filialer i Norge, og vi ekskluderte også oppstartsbedrifter. Den første avgrensningen ble hovedsakelig foretatt som følge av vanskeligheter med tilgang til respondenter, mens vi ekskluderte oppstartsbedrifter på grunnlag av deres manglende erfaring med å jobbe mot helsevesenet. Vi endte derfor opp med å inkludere 5 sammenlignbare bedrifter, som opererer i ulike deler av landet, men alle jobber opp mot helse- og omsorgssektoren.. Vi ser at vi kan dele inn de opplevde driverne og barrierene under i hovedsak tre tema:

1. Kultur
2. Lovverket
3. Kommunikasjon

I det videre presenteres funn basert på intervjuene med topplederne i de fem utvalgte bedriftene innen helsenæringen.

6.1 Kulturell motstand mot et samarbeid med næringslivet

Flere av respondentene fra næringslivet trakk frem en kulturell motstand mot et samarbeid med private næringslivsaktører som en betydelig barriere for et samarbeid mellom næringslivet og helse- og omsorgstjenesten.. De fleste kunne komme med eksempler på at de hadde opplevd dette selv, og noen trakk

det fra et normativt hold ut ifra deres forståelse av problemstillingen. Det respondentene trakk frem er at det kan eksistere en aversjon mot et slikt samarbeid, og at de har opplevd denne kulturen både på organisasjonsnivå og på personnivå. En av bedriftslederne beskrev denne barrieren på følgende måte:



Den største barrieren er det å endre tankesett og endre praksis hos kommunale og statlige ansatte. Vi har sett liten endringsvilje og åpenhet til å ta i bruk nye løsninger. Og vår erfaring er at dette til en viss grad korrelerer med ansiennitet og alder til de ansatte (Leder, helseindustri)

En annen daglig leder i en bedrift som også selger velferdsteknologi problematiserte mangel på tilgang til det lokale markedet, og manglende kultur for samarbeid med lokale aktører. Han anerkjenner at det er et kostnadsspørsmål, men trekker samtidig frem kulturelle forhold som en barriere for at bedriften hans kan lykkes i det norske markedet:



Altså, når vi i [redigert] her ikke kan gå og selge noe til et lokalt sykehjem, fordi at de må kjøpe noe fra Kina. Da er det noe galt. Det var jo en periode kanskje at helsevesenet var kritisert for at det var for mye utenlandsturer, det var for mye smøring. Så nå synes jeg kanskje det at pendelen har dratt litt vel langt da. Så det er mye enklere å lykkes i England, de store markedene, enn i Norge." (Leder, helseindustri)

6.2 Et komplisert og rigid lovverk

De viktigste barrierene vi avdekker i våre analyser er knyttet til lovverket som regulerer innkjøpsprosessen i samarbeidet mellom den offentlige helse- og omsorgssektoren og helsenæringen. Respondentene tegnet et bilde av et regelverk som er komplisert og vanskelig å forholde seg til, spesielt grunnet lang saksbehandlingstid. Disse faktorene vanskeliggjør et samarbeid mellom kommuner og helseforetak og privat næringsliv ettersom det innebærer en stor grad av risiko for de bedriftene som forsøker å selge et nytt produkt eller en ny tjeneste. På spørsmål om hva daglig leder i en bedrift som selger medisinsk teknologi anser som den største barrieren for et samarbeid mellom helsenæringen og helsevesenet, fikk vi følgende svar:



Det går jo på anbudsordningene. Spesielt for kommunehelsetjenesten. For oss da, så stopper det jo opp. Det må jo være at de har mer frie tøyler da. At det går litt tilbake til den gamle metoden. At du faktisk

kan bevise at her har vi det beste produktet. Du kan få kjøpe det fra naboblokka. Og det produseres i nærmiljøet, og du får support ved å stikke over gata. Som du kan kjøpe. Så det bør jo kanskje være en tankevekker. (Leder, helseindustri)

En daglig leder i en annen bedrift som selger velferdsteknologi beskrev også lovverket som den største barrieren for et samarbeid mellom dem og helse- og omsorgssektoren, og trakk frem et prosjekt som ikke endte med et implementert produkt, som følge av lovverket:

” Den største barrieren var et gammeldags, firkantet regelverk, som gjorde at brukeren som trenger en god løsning på dette problemet, faktisk blir tilbudt et annenrangs produkt, ikke et nytt og innovativt produkt. Dette var den største barrieren for oss. Det å tenke logisk og løsningsorientert på slike ting, det synes jeg er skuffende at helsevesenet ikke kunne gjøre. Spesielt når det da er et produkt som faktisk er bra. At et gammeldags regelverk som stopper det, er det veldig dumt. (Leder, bedrift)

En daglig leder for en bedrift som selger medisinsk teknologi beskrev også utfordringer med å forholde seg til lovverket som regulerer innkjøpsordningene, og trakk dette frem på spørsmål om hva som ble ansett som den største barrierer for et samarbeid med helsevesenet:

” Vi havner på det der med innkjøpsordningene. Vi har jo mange sykehjem i [redigert], men de kan ikke kjøpe fra [redigert]. Selv om vi har det beste produktet og vi konkurrerer på pris og vi kan gi den beste ytelsen og vi er i nærmeste nabolaget, så kan de ikke kjøpe. (Leder, helseindustri)

En annen daglig leder i en bedrift som selge velferdsteknologi trakk frem at frykt for korrupsjon og frykt for å gjøre feil har resultert i et for strengt lovverk, som fungerer som en barriere for et samarbeid mellom helseindustri og helse- og omsorgstjenesten:

” Frykten for korrupsjon. Lovverket bidrar til at folk er livredde for å gjøre feil. Jurister er drillet til å tolke det strengt. Alt må ut på anbud! Anbud – dette varierer fra etat til etat, enhet til enhet. Det vi viser frem skaper ofte begeistring, men det hjelper ikke pga. vi må ut på anbud først. Dette tar for lang tid. Innkjøp og jurister holder alt tilbake. De er instruert til å si nei. Intensiver om innovasjon må komme fra toppen. Aktive handlinger må til for å få til innovasjoner.” (Leder, helseindustri)

6.3 Kommunikasjon rundt siste delen av innovasjonsfasen

Det siste teamet som trekkes frem fra intervjuene våre med toppledere fra helsenæringen er bedre kommunikasjon om hva som skal skje under selve implementeringsfasen. Flere i utvalget vårt trakk frem at det er masse tilgjengelige midler i starten av innovasjonsprosessen, og at det eksisterer et godt samarbeid mellom helsenæringen og helse- og omsorgstjenestene i utviklingsfasen, men at dette samarbeidet ikke strekker seg til selve implementeringsfasen. Da opplever flere at viljen til å samarbeide om innovasjonen forvitrer, slik følgende leder beskriver:



Jeg synes at samarbeidet med helsevesenet er veldig godt. Det legges stor velvilje til for å være behjelpelig i produktutviklingsfase og produkttestingsfasen. Der synes jeg det er veldig bra. For at vi skal lykkes bedre, så tror jeg det må ligge mer velvilje for å ta i bruk løsningene som blir utviklet. Det er bedre at prosjektet legges ned på et tidlig stadium. Det er bedre å få et nei, og det her blir vi ikke med på, enn at du får nei når du har lagt ned veldig mye egenkapital og ressurser i løsningen, for å få frem noe som de egentlig kanskje ikke har behov for. (Leder, helseindustri)

En annen daglig leder i en bedrift som selger medisinsk teknologi beskrev det samme gode samarbeidet med tilstrekkelige støtteordninger i startfasen av innovasjonen, men at støtten og viljen til å ta innovasjonen over i faktisk implementering ikke er til stede i like stor grad:



Det er veldig enkelt å få til et godt samarbeid og det er bra støtteordninger, og det er også tilgang på egenkapital i den fasen der, for dem som har gode prosjekt. Men når du kommer over fra utvikling og over til drift så har du et vakuum på mange år, og det er da du trenger de pilotkundene dine som du kan levere en tjeneste til. Og de bør du ha på forhånd." (Leder, helseindustri)



7 Drøfting

Hvordan man skal få realisert innovasjon gjennom til implementering og spredning av nye løsninger i offentlig sektor har vært en problemstilling som har blitt forsket mye på. Flere studier har pekt på at sentrale incentiver for å realisere innovasjon i det private næringslivet, for eksempel åpen konkurranse mellom tilbydere, klar ledelse gjennom mål og resultatstyring og økonomiske incentiver, ikke er like fremtredende og betydningsfulle i offentlig sektor, som vårt offentlige helsevesen er en del av. Slik vil ikke mekanismene som fremmer en positiv innovasjonskultur være til stede, noe som vanskeliggjør at en slik kultur oppstår. Denne kritikken har vært gjeldende i de fleste moderne velferdsstater og har medvirket til en bølge av forvaltningsreformer inspirert av de teoretiske perspektivene fra New Public Management (NPM) hvor offentlig forvaltning struktureres, finansieres og styres etter prinsipper man opprinnelig finner i det private næringslivet (Hood, 1991). Et av hovedargumentene for å gjennomføre NPM reformer i Norge har nettopp vært å stimulere til mer effektiv, målrettet styring (mål- og resultatstyring) og kostnadsbesparelse, men også for å skape incentiver for innovasjon gjennom konkurranse- og belønningsmekanismer (Grimsmo et al., 2015)

Dette perspektivet har særlig kommet til uttrykk i norske helsereformer de siste to tiårene, og var blant annet sentral i opprettelsen av helseforetaksmodellen etter sykehusreformen i 2002. Reformen innebar at eierskapet til offentlige sykehus ble overført fra fylkeskommunene til staten, og det ble etablert regionale helseforetak som eier de enkelte helseforetakene innenfor fire separate helseregioner (Danielsen, 2004). Spesialisthelsetjenesten ble dermed fristilt fra øvrig offentlig forvaltning, og Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke gripe inn i daglig drift med mindre det er saker av vesentlig betydning. Fokuset på innovasjon i spesialisthelsetjenesten er svært tydelig og vedtatt fra høyeste politiske hold, noe som ble enda tydeligere gjennom Helsenæringsmeldingen i 2018 (Nærings- og fiskeridepartementet, 2018)

Også de kommunale helsetjenestene har vært preget av dette perspektivet, for eksempel ble tonivåledelse innført i stadig flere kommuner i løpet av 2000-tallet, for å sikre desentralisering av ansvar innføring av mål- og resultatstyring i de aktuelle kommunene (Hovik & Stigen, 2004). Disse endringene medførte at kommunalsjefene for helse og omsorgstjenestene fikk økt frihet og makt til å lede sin enhet, og dermed større

mulighet og nærhet til å identifisere og iverksette innovasjonsløsninger for å oppnå blant annet kostnadseffektivitet (Ibid). Fokuset på innovasjon i de kommunale helse- og velferdstjenestene har siden kun tiltatt i styrke, for eksempel gjennom KS sin opprettelse av Innovasjonsbarometeret i 2018 (KS.no, 2018)

Til tross for at det har vært et uttalt og eksplisitt fokus på innovasjon i de offentlige helse- og omsorgstjenestene i en årrekke, og at vi har vært vitne til fremgang også her, ser vi fortsatt at sektoren har utfordringer med implementering av innovasjonsløsninger, og horisontal og vertikal spredning av vellykkede innovasjoner. Funnene i denne rapporten avdekker noen mulige årsaker til at dette er tilfelle. I denne delen oppsummeres og drøftes driverne og barrierene for implementering og spredning av innovasjonsløsninger som ble introdusert i analysen.

Våre analyser av intervjuer med toppledere innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten identifiserte vi drivere og barrierer for implementering av innovasjonsløsninger innenfor fire tema:

1. Økonomisk handlingsrom
2. Kultur
3. Forankring
4. Lovverket

Som vi har sett er ingen av disse driverne og barrierene unike for enten kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller helsenæringen, men analysen vår avdekket at det er forskjeller i hvor fremtredende de ulike driverne og barrierene er i hver av sektorene. Vi vil nå oppsummere og diskutere de viktigste driverne og barrierene for implementering og spredning av innovasjon i hver sektor.

Når det kommer til drivere og barrierer for spredning, så ser vi at disse skiller seg fra temaene som påvirker implementering, selv om enkelte drivere og barrierer under enkelte kategorier er gjeldende for både implementering og spredning. Vi lanserte derfor følgende tema som barrierer for spredning:

- 1) Samarbeidskultur
- 2) Konkurranse

Vi skal nå drøfte de mest fremtredende av funnene som ble presentert i relasjon til de ulike sektorene i analysekapitlet, for både implementering og spredning av nye innovasjonsløsninger. For å gjøre det mer oversiktlig presenteres perspektiver fra helsenæringen separat mot slutten av kapitlet.

7.1 Drivere og barrierer for implementering i kommunehelsetjenesten

I kommunehelsetjenesten tyder funnene våre på at en manglende endringskultur og et trangt økonomisk handlingsrom er de to største barrierene for implementering av innovasjonsløsninger. Vår studie tyder på at de ansatte sin iboende mostand mot endring en barriere for at en positiv endringskultur oppstår. Respondentene påpekte at dette ikke er noe unikt med akkurat kommuneansatte, men at de incentivene og mekanismene som skaper en slik kultur tradisjonelt sett ikke har vært til stede i kommunene. Lederne vi intervjuet påpeker at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene opplever et stort arbeidspress, samtidig som de jobber under strenge budsjetterammer. Dette medfører vanskeligheter med å gi ansatte i tjenestene incentiver til å skulle løpe enda fortere i en periode med omstilling som følge av en innovasjonsprosess. Når de ansatte i tillegg opplever at det ikke er rom for å feile, noe som er en naturlig del av en omstilling, er det vanskeligere for at en slik endringskultur oppstår.

Respondentene våre trakk også frem at kommunene tradisjonelt sett har hatt problemer med å finansiere og rekruttere kompetanse som har vært nødvendig for innovasjon, og at de dermed har måttet hente inn denne utenfra kommunen, eller fra andre kommunale enheter som jobber med helt andre forhold. Dette har i noen tilfeller medført vanskeligheter med samarbeidet, der de involverte aktørene har hatt ulike interesser, ulik forståelse av behovet som lå bak innovasjonen og ulik forståelse av hvordan innovasjonen burde implementeres. Flere av topplederne vi intervjuet problematiserte dette som mulige barrierer for innovasjon i kommunehelsetjenesten, men trakk frem at det enten ikke hadde vært et problem i deres kommuner, eller at de har greid å møte de nevnte utfordringene, og slik skapt en positiv endringskultur.

De fleste av respondentene pekte på ledelse som det sterkeste og mest realistiske virkemiddelet for å skape en positiv endringskultur. Det de i hovedsak trakk frem er endringsvillige ledere som er innovasjonsrettede og som evner å skape entusiasme nedover linjen rundt innovasjonsprosjekter gjennom å belyse behovet, hvordan det vil gagne brukerne og hvordan det på sikt vil gjøre arbeidshverdagen enklere for de ansatte i tjenestene. Samtidig ble det påpekt at det er vanskelig å opprettholde dette under strenge budsjetterammer, og at økte bevilgninger til innovasjon hadde vært en sterk driver for å sørge for vellykket implementering. Det ble trukket frem at dette kunne hjulpet til med å kjøpe inn og fristille nødvendig kapasitet og kompetanse for å sørge for faktisk implementering av lovende innovasjonsprosjekter. På en annen side svarte flere av respondentene at det begrensede økonomiske handlingsrommet i seg selv også fungerer som en driver, ettersom det medfører at de ansatte i tjeneste forstår viktigheten og nødvendigheten av omstilling gjennom innovasjon for å imøtekomme de demografiske og økonomiske realitetene.

Flere av lederne trakk frem forankring av innovasjonen langs flere ledd som en viktig driver av innovasjonsløsninger. Ved å forankre innovasjonen hos brukerne vil nytteverdien av innovasjonen være tydeligere for de ansatte i tjenestene, samtidig som det medfører politisk dekning for å i det hele tatt påbegynne innovasjonen. I tillegg er det viktig at innovasjonen forankres i prosjektet og kommuneledelsen, slik at de ansatte føler at de har tid og rom til å gjennomføre innovasjonsprosessen. Dette trakk også mange frem som en viktig faktor for å motvirke en innovasjonshemmende null-feils kultur, ettersom de ansatte, som muligens ender opp med å levere enn dårligere tjeneste i en periode med omstilling, vet at de har ledelsen i ryggen. Topplederne vi intervjuet trakk også frem forankring i lovverket som viktig for å ha politisk ryggdekning for innovasjonen, selv om flere pekte på utfordringer med å tolke et komplekst og rigid anbud- og personvernlovverk.

7.2 Drivere og barrierer for spredning av innovasjonsløsninger i kommunehelsetjenesten

På mange områder eksisterer det et tett og godt samarbeid mellom landets kommuner, ofte organisert under kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner, KS. Dette samarbeidet er ofte regionalt fundert og sentrert rundt spesifikke oppgaver, hvor kommuner med geografisk nærhet inngår interkommunale samarbeid om spesifikke kommunale arbeidsoppgaver, noe som også er vanlig innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren. I tillegg samarbeider de største kommunene om å utvikle felles løsninger og en overordnet strategi gjennom nasjonale samarbeidsorgan, som for eksempel samarbeidet om innovasjon innenfor blant annet IT-løsninger blant "K10-kommuner", der informasjons- og kompetanseutveksling er sentralt (Nkrf.no, 2011). Enkelte av respondentene vi intervjuet trakk frem disse samarbeidene som positive for spredning av nye løsninger, og de aller fleste mente at det eksisterer et godt samarbeid som medfører deling av innovasjonsløsninger som gagnar kommune- Norge som en helhet. Dette samarbeidet er en viktig driver for både implementering og spredning av innovasjon, og funnene våre tyder på at dette er en av styrkene for innovasjon i kommunal sektor.

Basert på våre funn ser det altså ut til at det er få barrierer for spredning av innovasjonsløsninger på tvers av kommuner, men at det bør fokuseres på klare føringer om samarbeidsforventninger fra departementet, og at enkelte kommuner i overkant kan ønske å utvikle innovasjonsløsninger lokalt fremfor å ta i bruk det som har vært suksessfullt i andre kommuner, uten at det nødvendigvis er et reelt belegg for dette.

7.3 Drivere og barrierer for implementering av innovasjon i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er de viktigste driverne og barrierene for vellykket implementering av innovasjon knyttet til temaene det økonomiske handlingsrommet, endringskultur, forankring og lovverket. Funnene fra intervjuene våre med sykehusdirektører og klinikkjefer ved helseforetakene i alle helseregioner tyder på at disse forholdene er gjeldende for flere av landets helseforetak, men det er samtidig viktig å huske at funnene ikke kan generaliseres til populasjonen som en helhet.

Funnene våre tyder på at selv om det eksisterer barrierer knyttet til alle de fire hovedtemaene i denne rapporten i begge sektorer, så er det forskjeller i hvilke barrierer som er viktigst for implementering av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med kommunehelsetjenesten. Det er ikke manglende kompetanse innad i organisasjonen til å gjennomføre innovasjonsprosjekter, ettersom kompetansenivået er høyt i sektoren. Dette medfører at innovasjonen i større grad kan oppstå fra grasrota på klinikknivå uten at man må involvere aktører som ikke har en egeninteresse i implementering av innovasjonen, og slik være svært godt tilpasset lokale forhold og behov, noe som er en sterk driver for at innovasjon implementeres. I kommunehelsetjenesten tyder respondentene våre sine uttalelser på at dette ofte ikke har vært tilfelle i kommunehelsetjenesten.

Funnene våre tyder allikevel på at dette høye kompetansenivået innad i organisasjonen ikke utelukkende fungerer som en driver for innovasjon. Svært kompetente eksperter er i en posisjon til å bestride og motsette seg endring de finner uforsvarlige ut ifra et faglig ståsted, noe som selvsagt er essensielt for pasientsikkerhet og daglig drift, men de er også, i kraft av deres stilling og posisjon i samfunnet, i stand til å motsette seg endring på et mer generelt og uspesifisert grunnlag. Denne barrieren er på mange måter nødvendig ut ifra et pasientsikkerhetsperspektiv, og topplederne vi intervjuet peker også på at spesialisthelsetjenesten på tross av disse utfordringene er en høyst innovativ sektor, og at det legges stolthet og prestisje i å være innovasjonsrettet.

Samtidig trekker de frem at tilstrekkelig forankring hos nøkkelindivider og fagmiljøer må allikevel være på plass for at innovasjonen faktisk skal være vellykket, og at manglende forankring i ett eller flere ledd vil være en stor barriere for vellykket implementering av innovasjon. Også lederne vi intervjuet fra spesialisthelsetjenesten peker på en iboende menneskelig motstand mot endring, og at denne motstanden hos de ansatte ikke alltid nødvendigvis er fundert på et hensyn til pasientsikkerhet. Denne barrieren ble også identifisert i kommunehelsetjenesten, men den kan potensielt være mer betydningsfull i spesialisthelsetjenesten på grunnlag av fremtredende fagpersoner sin mulighet til å motsette seg

innovasjonsløsninger. Funnene våre indikerer at dette i noen tilfeller kan være en barriere, og at det tidligere har vært en av årsakene til at såpass mange finansierte innovasjonsprosjekter ikke har blitt implementert.

Flere av sykehusdirektørene vi intervjuet trakk frem lovverket som den andre store barrieren for implementering av innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Som vi har vært inne på så må en innovasjonsløsning ha systemisk forankring i lovverket for at implementeringen skal være vellykket, ellers kan man rett og slett bli tvunget til å avslutte prosessen, eller starte den helt på nytt. Funnene våre indikerer at et komplekst og rigid lovverk, i all hovedsak lov om offentlige anskaffelser, fungerer som en systemisk barriere for implementering av innovasjonsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Dette funnet er ikke intuitivt, ettersom en åpenbar mulig konsekvens av et mindre rigid anskaffelseslovverk kunne vært en økning i antall anskaffede nye løsninger, men respondentene våre mener at en høyere andel av disse prosjektpilotene ville resultert i faktisk implementerte løsninger under et mindre rigid lovverk. De mener lovverket fungerer som en barriere for realisering av innovasjon ettersom det setter begrensninger for at innovasjonen kan komme innenfra organisasjonen, utprøvd og tilpasset lokale forhold i middels stor skala, før innovasjonen gradvis oppskaleres og implementeres på et høyere nivå (for eksempel klinikknivå). Under dagens regelverk har ikke ledelsen nødvendig forankring til å igangsette slike mindre innovasjonsprosjekter uten at de går gjennom den vanlige anbudsprosessen. Flere respondenter i utvalget vårt etterspør derfor at grensen for hvilke anskaffelser man gjøre utenfor anbud må heves, slik at HF-ene ikke vil være avhengige av å gjennomgå en komplisert og krevende anbudsprosess dersom de ønsker å prøve ut en litt større innovasjonsløsning basert på et lokalt opplevd behov, tilpasset lokal organisasjonskultur og lokale praktiske forhold. Funnene våre tyder på at lovverket dermed fungerer som en barriere for den innovasjonstypen respondentene våre trekker frem som den mest effektive i spesialisthelsetjenesten; selve "grasrotinnovasjonen".

7.4 Drivere og barrierer for spredning av innovasjon i spesialisthelsetjenesten

Denne rapporten avdekker det vi mener kan være et oppsiktsvekkende funn om barrierer for spredning av innovasjon innad i spesialisthelsetjenesten, i relasjon til de tidligere presenterte politiske målsetningene for diffusjons- og synergieffekter innad i sektoren. Funnene våre indikerer at det eksisterer en negativ konkurransekultur mellom helseforetak, og at samarbeidet mot felles målsetninger for helsetjenesten som en helhet kan lide under et ønske om å komparativt sett prestere bedre enn andre helseinstitusjoner. Igjen understreker vi at disse funnene ikke kan generaliseres til å gjelde populasjonen som sådan, og at disse funnene ble gjort på direktørnivå ved 3 HF, i 3 forskjellige helseregioner.

Som vi drøftet i innledningen til dette kapitlet så er det norske helsevesenet preget av perspektivene man finner i tradisjonell offentlig forvaltning innenfor NPM perspektivet. Sentrale komponenter innenfor dette

styringsperspektivet er desentraliserte enheter som mål- og resultatstyrtes med høy grad av autonomi, der det stimuleres til konkurranse. Dette har hatt positive effekter for eksempel i form av at evalueringer i etterkant har vist at produktiviteten i sykehusene har blitt bedre. (Aasland, 2007). Funnene i denne rapporten kan indikere at disse styringsprinsippene også har en bakside. Vi kan selvsagt ikke påvise kausalitet mellom NPM reformene og de negative konkurranseeffektene som beskrives som barrierer av utvalget vårt; det fremmes utelukkende som en mulig forklaring av fenomenet som beskrives.

Uavhengig av hva som er potensielt forklarer hvorfor det kan ha blitt slik respondentene beskriver, så er de største barrierene knyttet til spredning av vellykket innovasjon innad i spesialisthelsetjenesten knyttet til temaet negativ konkurranse. Dersom disse funnene kan generaliseres til spesialisthelsetjenesten som en helhet, eksisterer det en ukultur som hindrer spredning av innovasjon innad i sektoren, noe som kan være negativt for at sektoren skal møte målsetningene om et innovativt og bærekraftig helsevesen rustet for fremtiden.

7.5 Drivere og barrierer for innovasjonssamarbeid mellom helsenæringen og kommuner og helseforetak

I intervjuene med de 5 daglige lederne i forskjellige bedrifter innenfor helsenæringen vår ble det identifisert drivere og barrierer for et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten under i hovedsak 3 forskjellige tema:

- 1) Kultur
- 2) Lovverket
- 3) Kommunikasjon

Utvalget vårt beskriver en god samarbeidskultur mellom sine bedrifter og aktører i helsevesenet i den innledende fasen i innovasjonsprosessen, og at de opplever stor interesse og vilje rundt forskjellige innovasjonsprosjekter som kan dokumentere god effekt. De etterspør derimot at samarbeidsviljen vedvarer også i implementeringsfasen av produktet, og kritiserer manglende kommunikasjon og koordinering i denne delen av prosessen. Dette kan medføre at det er for mange piloter som ser dagens lys med økonomisk hjelp fra for eksempel Innovasjon Norge og Helse- og omsorgsdepartementet, uten at det er en klar plan for hvordan de skal lykkes ved at innovasjonen faktisk blir implementert. Kommunikasjonsproblemer under saksgang ble også trukket frem som barrierer for godt samarbeid. Noen av respondentene fra helsenæringen som ble intervjuet i forbindelse med denne rapporten hadde eksempler på prosjekter hvor kommunikasjonen med helsevesenet har vært preget av så treg saksgang og lite samarbeid at produkter aldri har blitt implementert, noe som kan ha resultert i et dårligere helsetilbud for de aktuelle pasientgruppene innovasjonen var innrettet mot, og unødvendige økonomiske kostnader for de involverte aktørene. I vårt utvalg har dette i

ett tilfelle medført at den aktuelle bedriften ikke har ønsket å samarbeide med helsesektoren om andre prosjekter.

Videre trekker respondentene våre fra helsenæringen frem et komplisert og rigid lovverk som den største barrieren for et lønnsomt og godt samarbeid med den offentlige helsetjenesten. Lovverket trekkes frem som den største barrieren for tilgang til det norske markedet, ettersom strenge anbudsordninger medfører vanskeligheter med lokale samarbeid om lovende innovasjoner som på sikt kan oppskaleres, dersom det påvises god effekt. Én av våre respondenter fra helsenæringen trekker også frem at det er enkeltpersoners tolkninger av lovverket som kan sette en stopper for et samarbeid ved spesifikke helseinstitusjoner, og personen mener at de som skal tolke lovverket ikke har systemiske insentiver for å være imøtekommende og samarbeidsvillige, og at man derfor er avhengig av at ledelsen er innovasjonsrettet for å få gjennomslag for den aktuelle innovasjonen. Disse negative holdningene til et samarbeid med det private ble beskrevet som kulturelt betinget.

Konklusjon



8 Konklusjon

I denne rapporten har vi besvart følgende problemstillinger; 1) hva er drivere og barrierer for implementering av innovasjon i helse- og omsorgssektoren 2) hva er driverne og barrierer for spredning av innovasjon i helse- og omsorgssektoren og 3) hva mener næringslivet er drivere og barrierer for et samarbeid om innovasjon med helsetjenesten. Vi var interessert i å komplimentere den eksisterende litteraturen ved å undersøke henholdsvis drivere og barrierer for implementering og spredning av innovasjon fra et topplederperspektiv, med søkelys på kulturelle og systemiske barrierer, noe som har vært etterspurt i diskursen. Vi har i tillegg fått helsenæringens perspektiv ved å inkludere toppledere fra næringen i utvalget.

Vi har besvart problemstillingene ved å anvende et kvalitativt, eksplorerende forskningsdesign. Vi har basert konklusjonene i denne rapporten på semistrukturerte dybdeintervju med toppledere innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt helserelatert næringsliv. Vi har aktivt søkt etter respondenter fra alle de fire helseregionene i Norge, for å undersøke eventuelle regionale forskjeller, og for å styrke studiens validitet ved å undersøke hvorvidt de identifiserte funnene er betinget av lokale eller regionale forhold. Vi har også selektert respondenter på bakgrunn av ledelsesnivå, for å undersøke hvilke forhold som anses som de viktigste driverne og barrierene for innovasjon langs de to øverste ledelsesnivåene, og hvilke som oppleves som betydningsfulle uavhengig av nivå. Dette innebærer at utvalget vårt har bestått av hhv. rådmenn og kommunaldirektører for helse og omsorg på kommunal side, mens utvalget fra spesialisthelsetjenesten har bestått av sykehusdirektører og klinikkjefer. Respondentene fra kommunal sektor er toppledere i store norske kommuner, og respondentene fra spesialisthelsetjenesten er toppledere ved store norske sykehus. Funnene som rapporteres er basert på analyser av transkriberte versjoner av de semistrukturerte dybdeintervjuene med respondentene våre. Basert på funnene våre presenterer vi i hovedsak fire tema som de enkelte drivere og barrierene for implementering kan kategoriseres under, uavhengig av sektor:

- 1) Det økonomiske handlingsrommet
- 2) Kultur
- 3) Forankring
- 4) Lovverket

Vi finner ingen indikasjoner på at det eksisterer betydningsfulle regionale forskjeller i hva som oppfattes som de viktigste driverne og barrierene for hhv. implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Vi finner heller ikke at oppfatningene om dette varierer betydelig mellom ledelsesnivå. Vi finner derimot at det eksisterer tydelige forskjeller i hvilke drivere og barrierer som anses som mest betydningsfulle mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men at respondentene, uavhengig av sektortilhørighet, anser drivere og barrierer som kan kategoriseres under disse fire temaene som de viktigste driverne eller barrierene for implementering og spredning av innovasjon i deres respektive sektorer. Analysene våre finner at de mest fremtredende driverne og barrierene for implementering av innovasjon i kommunehelsetjenesten er knyttet til temaene økonomisk handlingsrom og kultur. For spesialisthelsetjenesten er finner vi derimot at temaene forankring og lovverket er viktigere for vellykket implementering.

Videre så har vi vært klart på at det er drivere og barrierer under andre kategorier som er mest fremtredende for spredning av innovasjon, selv om enkelte drivere og barrierer under enkelte kategorier er gjeldende for både implementering og spredning. Vi lanserte derfor følgende tema som barrierer for spredning:

- 1) Samarbeidskultur
- 2) Konkurransen

I kommunehelsetjenesten finner analysen vår at de mest fremtredende driverne og barrierene for spredning av implementerte innovasjonsløsninger er knyttet til temaene kultur og manglende sentralstyring. For spesialisthelsetjenesten finner vi at de største barrierene ser ut til å være konkurranse og manglende kompetanseutveksling mellom helseforetakene.

Når det kommer til næringslivets perspektiv på hvilke drivere og barrierer som er viktigst for et samarbeid om innovasjon med den offentlige helsetjenesten så finner vi at disse kan kategoriseres under følgende tre tema:

- 1) Kulturelle drivere og barrierer
- 2) Lovverket
- 3) Kommunikasjon

Utvalget vårt beskriver et godt samarbeid mellom sine bedrifter og forskjellige aktører i helsevesenet i den innledende fasen i innovasjonsprosessen, og at de opplever stor interesse og vilje rundt forskjellige innovasjonsprosjekter som kan dokumentere god effekt. De etterspør derimot at samarbeidsviljen vedvarer også i implementeringsfasen av produktet, og kritiserer manglende støtte, kommunikasjon og koordinering i denne delen av prosessen. Dette mener respondentene våre ville ført til langt flere implementerte piloter, samt et mye mer forutsigbart og trygt samarbeid for helsenæringen, noe som vil gjøre målsetningene i Helsenæringsmeldingen mer oppnåelige.

Under Covid-19 pandemien har både kommune- og spesialisthelsetjenesten vist stor vilje til å tilpasse seg en umiddelbar endring av utfordringsbildet som har truet helsen og velferdsnivået til Norges befolkning. Vi har vært vitne til toppstyrt koordinering og tilrettelegging av samarbeid og spredning av gode tjenesteløsninger, for å imøtekomme utfordringene pandemien har medført. Helsetjenestene har, som det har blitt påpekt i flere kronikker i en rekke aviser, vist stor kompetanse og vilje til innovasjon. Det er viktig at dette fortsetter, og at utviklingen ikke flater ut i takt med pandemiens alvorlighetsgrad. Pandemien medførte en svært alvorlig trussel mot folkehelsen som krevde umiddelbar og radikal innovasjon i tjenestetilbudet. Selv om tidspresset ikke er like stort i normalsituasjon, så må det minst like radikal innovasjon til for å imøtekomme morgendagens helseutfordringer, når vi har langt flere eldre med kroniske sykdommer som mottar kompleks og dyr behandling, og færre yrkesaktive. Hvis vi ønsker å beholde en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som evner å yte god behandling til våre innbyggere, må vi innovere tjenestetilbudet. For at dette skal skje, må man sørge for at de gode innovasjonsløsningene, som etter sentrale parametere for kvalitet på behandling og bærekraftig drift er komparativt sett bedre løsninger, implementeres og spres til resten av helsetjenesten i så stor grad som mulig. Vi håper og tror at engasjerte og dyktige topledere i både kommune- og spesialisthelsetjenesten tar med seg disse erfaringene inn i en fremtidig normalsituasjon, og at innovasjon kan bidra til å hjelpe tjenestene med å realisere disse målsetningene.

9 Referanser

Aasland, O. G., Hagen, T. P., & Martinussen, P. E. (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127.

Andreassen, H. K., Tjora, A., & Kjekshus, L. E. (2015). Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. *ocial Science & Medicine*. <https://doi.org/doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.016>

Arrow, K. J. (n.d.). *Economic welfare and the allocation of resources for invention*. Palgrave, London.

Danielsen, Å., Hagen, T. P., & Sørensen, R. J. (2004). Den norske sykehusreformen: Hva som er galt, og hvordan den kan forbedres? *Økonomisk Forum*, 58, 36–42.

Dugstad, E., Gullslett, M. K., Eide, T., Eide, H., & Nilsen, E. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester: Opplæringsbehov og utforming av nye tjenester: En sluttrapport. *Skriftserien Fra Høgskulen i Buskerud Og Vestfold*, 13.

Godager, G., Hagen, T., & Thorjursen, C. (2018). *Framskrivninger av tjenestebehov, senger og a rsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, 2018-2040*. HELSEØKONOMISK ANALYSE AS.

Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12.

Hall, B. (2002). The Financing of Innovation. *Oxford Review of Economic Policy*.

Helse- og omsorgsdep. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. St.meld. nr. 7.

Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, 84(5), 58.

Hoholm, C., & Mørk, T. B. (n.d.). Innovasjon og samhandling i helsevesenet. *Praktisk Økonomi & Finans*, 34(1), 32–46.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.

Hovik, S., & Stigen, I. M. (2004). *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-notat 2004:124.

Isaksen, J., Paulsen, K., Stokke, R., Skarli, J., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 3(2), 117–127.

KS. (2020). *Hva er Innovasjonsbarometeret?* Retrieved 15 April 2020, from <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-for-kommunal-sektor/hva-er-innovasjonsbarometeret/>

Låstad, S. (2014). *Behovsdrevet innovasjon i norsk helsesektor: Hva er drivere og barrierer for utvikling av nye løsninger i samarbeid mellom privat og offentlig sektor?* (MT): NTNU.

Nærings- og fiskeridepartementet. (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. St.meld.nr 7.

Nærings- og fiskeridepartementet. (2018). *Helsenæringsmeldingen*. St.meld. nr. 18.

Procter, R., Wherton, J., Greenhalgh, J., Sugarhood, P., Rouncefield, M., & Hinder, S. (2016). Telecare call centre work and ageing in place. *Computer Supported Cooperative Work*, 25(1), 79–105.

Stokke, R., Hellesø, R., & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 5(3), 7–20.

Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. *Sage Publications, Inc.*

Swanson, J., Alexandersen, N., & Hagen, T. P. (2016). Førte opprettelsen av kommunale «øyeblikkelig hjelp» døgnenheter til færre innleggelser for eldre pasienter ved somatiske sykehus? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 2(02).

Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 2). Gyllendal akademisk.

A Vedlegg

A.1 Intervjuguide

Intervjuguide til prosjekt "Drivere og barrierer for implementasjon og spredning av nye løsninger i helsesektoren"

Fase 1: Innledende fase.

1.1 Vi forteller respondenten om:

a) *Hva som er formålet med den undersøkelsen de deltar i.*

Innovasjon i form av nye løsninger er et viktig verktøy for kommuner og helseforetak for å møte de utfordringene man står overfor og sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i dag og i årene som kommer. Innovasjon er satt tydelig på dagsorden og det foregår en betydelig innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgssektoren. Men erfaringer nasjonalt, og også internasjonalt, viser at det er komplekst og krevende å komme fra piloter til implementerte og breddede løsninger. Svært mange innovasjonsprosjekter ender i "pilotgraven."

Vi intervjuer deg på bakgrunn av din stilling som i kommunen/næringslivet/HF. Det vi ønsker er svar på hva du mener er årsakene til at det er vanskelig å implementere og spre innovative løsninger i helsesektoren. Dette intervjuet kommer derfor til å handle om pådrivere og utfordringer, eller drivere og barrierer, for implementasjon og spredning av nye løsninger i helsesektoren. Det vi spesielt er interessert i da, er den siste fasen i en denne prosessen; altså hvilke faktorer driver eller hindrer at gode idéer ikke blir implementert i praksis i helsesektoren?

b) *Hvordan informasjonen vil bli behandlet videre.*

- anonymisering
- rettigheter
- publisering

c) *Er noe av den informasjonen du har fått som du synes er uklart? Hvis ja, forklar/ presiser ytterligere*

d) *Har du noen spørsmål før vi går videre med samtalen?*

1.2 Vi blir litt kjent med respondenten:

- a) *Hva heter du?*
- b) *Hva er din stilling?*
- c) *Hvor lenge har du jobbet i organisasjonen?*
- d) *Hva har du jobbet med tidligere?*

e) *Drøfter innovasjonsbegrepet med respondenten*

1.3 Vi ønsker å få litt innsikt i hvilken erfaring respondenten har med innovasjon generelt.

- a) *Når du hører ordet innovasjon – hva tenker du da? – Hva legger du i begrepet innovasjon?*
- b) *Hvilke erfaringer har du med innovasjon i helse- og omsorg? Hvilken rolle har du hatt?*

(spesifiserer her at det kun er snakk om erfaring med forskjellige prosjekter, og ikke drivere og barrierer for de spesifikke prosjektene, i denne fasen)

c) Oppfølgingsspørsmål om konkret prosjekt som blir nevnt, **ikke** om drivere og barrierer, men om eventuelle uklarheter ved prosjektet/erfaringene til respondenten med tema.

Fase 2: Spesifikk fase – det er i denne fasen vi skal få svar på de spørsmålene vi ønsker å undersøke

2.1 Vi minner respondenten på utgangspunktet (scopet) for undersøkelsen (**notater til oss selv**):

- Innovasjon er et viktig verktøy for kommuner og helseforetak for å møte de utfordringene man står overfor og sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i dag og i årene som kommer. Men erfaringer nasjonalt, og også internasjonalt, viser at det er komplekst og krevende **å komme fra piloter til implementerte og breddede løsninger. Svært mange innovasjonsprosjekter ender i "pilotgraven."**

Våre oppdragsgivere (**RHFene, KS**) ønsker **mer innsikt og kunnskap** om denne siste fasen i innovasjonsprosessen – tjenestestetting – det å ta nye løsninger i bruk (implementering) og bidra til at andre også tar nye løsninger i bruk (bredding)

Vi skal gjennomføre en første studie blant ledere i helseforetak, kommuner og næringslivet – for å få innsikt om - **drivere og barrierer – for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.**

Vi skal bruke dette til å bygge opp et kunnskapsgrunnlag – erfaring og læring – å bedre kunne rigge gode innovasjonsprosesser fremover

2.2 Vi ønsker nå å få spesifikk innsikt fra respondenten på **scopet**:

- a) Hva mener du er drivere for å få til vellykket implementering og spredning av nye løsninger i helsesektoren?
- b) Har du noen erfaring med/eksempler på at dere har fått til vellykket implementasjon og spredning av nye løsninger i din organisasjon?
- c) Hva mener du er årsakene (**drivere**) til at dere har lyktes med å faktisk få løsningen implementert?
- d) Hva mener du er de viktigste årsakene (**driverne**) til at dere har lyktes med dette?
- e) Har du erfaringer med at dere ikke har lyktes? Kan du fortelle litt mer om det?
- f) Hva mener du er årsakene (**barrierene**) til at dere ikke lyktes?

Et sannsynlig svar her er at de lyktes med dette i prosjekt x, men ikke i prosjekt y og i. Her bør vi spørre om hvorfor, hva var det som gjorde at de lyktes i det ene prosjektet, men ikke det andre? Var det drivere som var forskjellig mellom prosjektene basert på kategori? Ledelsen? Lovverk? Etc.

Kategorier vi bør ta opp løpende som oppfølgingsspørsmål:

- a) Innkjøp
- b) Tjenesteløsninger
- c) Tekniske løsninger
- d) Kultur
- e) Organisasjon
- f) Logistikk
- g) Forskning

g) Hva mener du er årsakene til at dere har lyktes med å ta i bruk løsningstype x sammenlignet med løsningstype y, og hva har vært utfordringene? (HVIS AKTUELT)

h) Hva har vært de 2/3 største årsakene til at dere har lyktes med å ta i bruk (innovasjon gjennom prosjekter som har blitt nevnt) nye løsninger?

i) Hva har vært de 2/3 største årsakene til at dere ikke har lyktes med å ta i bruk nye løsninger?

j) Hva har du erfart når det har vært snakk om å spre løsningen i din organisasjon/til brukergruppen/ til andre organisasjoner etter at løsningen ble vedtatt og implementert?

k) Hva har vært utfordringer ved slik spredning? Hvilke faktorer har vært drivere for spredning?

2.3 Vi ønsker å få spesifikk innsikt fra respondenten på **lederrollen**:

A) Har du som leder en rolle i denne sammenheng – implementering og spredning? Kan du utdype det nærmere?

b) Er din lederrolle forskjellig fra x (toppleidelse eller mellomledelse, alt etter som)?

c) Hvordan har samarbeidet med andre ledere og andre aktører i relevante sektorer vært?

d) Hva har vært utfordringer ved denne samarbeidsprosessen?

e) Hvilke faktorer har drevet denne prosessen fremover?

2.4 Avrunding

- Spiller over til den av oss som har notert, og så går vi igjennom svarene til respondenten punktvis

a) Er det noe du ønsker å legge til?



Helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet

www.innomed.no