

Hva kjennetegner god kommunal innovasjonspraksis?

Et studie av innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene i tre norske kommuner

FoU-rapport nr. 10/2014

Forfattere:

Nina Jentoft
Mikaela Vasstrøm
Tor Helge Aas

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE.....	I
SAMMENDRAG	II
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Om oppdraget	1
1.3 Rapportens oppbygging og innhold.....	2
2 OM TJENESTEINNOVASJON I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	4
2.1 Hvorfor studere innovasjon i offentlig sektor?	4
2.2 Hvordan definerer sentrale nasjonale aktører offentlig innovasjon?	4
2.3 Helse- og omsorgssektoren som historisk innovasjon	5
2.4 Samhandlingsreformen – en innovasjon?	7
3 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	8
3.1 Innledning	8
3.2 Ulike tilnærminger til innovasjon i offentlig sektor.....	9
3.3 Organiseringens betydning for innovasjon	10
3.4 Innovasjonsledelse	12
4 MÅL FOR PROSJEKTET OG METODISK TILNÆRMING	15
5 HVORDAN SER KOMMUNENES INNOVASJONSPRAKSIS UT?.....	18
5.1 Innovasjonspraksis i helse- og omsorgssektoren – kommune A18	
5.2 Innovasjonspraksis i helse- og omsorgssektoren – kommune C23	
5.3 Observasjoner fra oppstartsfasen av mulig innovasjonsprosjekt – kommune B.....	26
6 DISKUSJON.....	30
7 LITTERATUR.....	36
8 VEDLEGG: INTERVJUGUIDE	39
9 VEDLEGG: PAPER TIL RIP- KONFERANSEN.....	43
FOU INFORMASJON.....	56

Sammendrag

Denne rapporten er en leveranse på bestilling fra Aust-Agder kompetanse- og utviklingsfond. Utgangspunktet for denne forskningsrapporten er at samfunnet står overfor betydelige helse- og omsorgsutfordringer blant annet grunnet et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og omsorgspersonell. Samhandlingsreformen er de sentrale myndigheters svar på disse utfordringene.

Spørsmålet vi stiller i denne rapporten er hva som kjennetegner god innovasjonspraksis i kommunal helse- og omsorgssektor, og målet er å bidra til å utvikle praktisk orienterte modeller og konsepter for god innovasjonsledelse. Ved bruk av dybdeintervjuer i to case-kommuner, case A og C, og observasjon av en innovasjonsprosess i case-kommune B, alle fra Aust-Agder fylke, har vi belyst hva som kjennetegner innovasjonsledelse i praksis i offentlig helse- og omsorgssektor.

Hvordan ser kommunal innovasjonspraksis ut?

Vi har forfulgt våre informanters tilbakemeldinger til ulike faser av innovasjonsprosessen i våre tre case-kommuner. Funnene våre indikerer at innovasjonspraksis i kommunal omsorgssektor i de kommunene vi har studert, varierer innenfor de ulike innovasjonsledelsesdimensjonene. Den største av case-kommunene, case A, skiller seg fra de andre to ved og ha etablert en kultur for å arbeide med innovasjon. Innovasjon som tema er godt forankret hos både politisk og administrativ ledelse i kommunen. I case-kommunene B og C (den mellomstore og den minste) har vi ikke klart å avdekke en slik kultur. Ingen av kommunene har en nedfelt innovasjonsstrategi.

Idégenereringen skjer ulikt i de tre case-kommunene. I de to case-kommunene som ikke i tilstrekkelig grad har etablert en intern kultur for å arbeide med innovasjon, drives innovasjonsmuligheter frem av nye tjenestebehov i kommunen og suppleres med eksterne perspektiver for muligheter og ideer om nye former for samarbeid mellom offentlig og private aktører. Prosessene er styrt «top-down». I case-kommunen med en utviklet innovasjonskultur, case A, genereres idéene både fra ledelsen og «grasroten» i organisasjonen i hovedsak basert på erfaringsbasert kunnskap, men også eksterne innspill.

Innovasjonsprosessen er preget av bred deltakelse, tilbakespill og nye runder, altså er den ikke-lineær i case-kommune A. I de andre to kommunene er innovasjonsprosessen lineær. I case-kommune A, er ansatte sterkt involvert i innovasjonsprosessens ulike faser. Kommunen legger gode rammer for å

drive med intern kompetanseutvikling. Dette er ikke i like sterk grad ivare tatt i de to andre case-kommunene. I case-kommune B var ansatte inne i begynnelsen av prosessen, men fikk en svekket deltakelse i takt med at fokus for prosessen ble endret.

Hva sier våre funn om behov for innovasjonsledelse?

Forskning på private tjenesteytere indikerer at innovasjonsidéer i tjenestesektoren gjerne stammer fra «mykere» kilder enn innovasjonsidéer fra vareproduserende sektor, og peker på at innovasjoner i denne sektoren ofte vokser frem som følge av at front-linje medarbeidere gradvis endrer sin arbeidspraksis (Gallouj and Weinstein, 1997). Disse gradvise endringene kalles gjerne «bricolage» (Styhre, 2009). Et viktig funn som analysen avdekker er at det er få eksempler på innovasjoner som form av «bricolage» i våre case-kommuner. Innovasjonsprosessene initieres oftest «top-down» ved at ledelsen basert på en behovsvurdering legger premissene for hva som skal innoveres på forhånd. Vi finner imidlertid stor variasjon mellom casene i forhold til hvordan denne «top-down» prosessen ble organisert og ledet.

Vi finner også at innovasjonsprosesser i kommunal sektor er tett knyttet til politisk ledelse. Våre informanter fra den administrative ledelse i alle tre case-kommuner understreker at kontinuerlig tett dialog med politisk ledelse er helt avgjørende for tjenesteinnovasjon. Våre data viser at den politiske forankringen ble håndtert ulikt i våre case-kommuner og med ulikt utfall.

I den minste case-kommunen, case C, var det ikke en bred involvering av de ansatte, særlig ikke i en tidlig fase i innovasjonsprosessen. Dermed var det enten administrativ ledelse eller politisk ledelse som definerte hvilke typer innovasjonsidéer det var legitimt å jobbe med. I den mellomstore case-kommunen, case B, var det den administrative ledelsen som definerte utfordringsbildet og satte rammene for hvilke tjenesteområder som hadde behov for forandringer. Praksisen i den største case-virksomheten, case A, står i kontrast til praksisen i case-kommune B og C. I case-kommune A indikerer empirien vår at det var den administrative ledelse som definerte et utfordringsbilde – og at dette ble forankret i den politiske ledelse tidlig i prosessen. Ledelsen valgte videre å involvere medarbeidere på alle nivåer i organisasjonen på et tidlig tidspunkt.

Funnene våre tyder på at case-virksomhet A gjennom denne praksisen på mange måter klarte å integrere den formelle ledelsesstyrte («top-down») innovasjonsprosessen med «bricolage», og at denne integrasjonen har gitt lovende resultater i case-virksomhet A. Basert på dette mener vi at det er grunnlag for å konkludere med at det kan gi gode resultater å integrere for-

melle innovasjonsprosesser og «bricolage» i helse- og omsorgssektoren. Basert på dette fremsettes følgende proposisjon:

Proposisjon 1: I helse- og omsorgssektoren gir en kombinasjon av «bricolage» og formelle innovasjonsprosesser ofte gode resultater

Et overraskende funn, som skiller seg fra resultatene til Fuglsang og Sørensen (2009) funn basert på en undersøkelse fra dansk helse- og omsorgssektor, er imidlertid at det første steget i innovasjonsprosessen i alle eksemplene våre er ledelsesdrevet, og ikke drevet eller initiert av «bricolage». Det andre aspekt som vi videre mener skiller våre funn fra Fuglsang og Sørensen (2009) er rollen den politiske ledelse spiller i disse prosesser. Den administrative ledelse legger i våre case stor vekt på den politiske forankring for å skape politisk legitimitet for å åpne for en mer «bricolage» drevet innovasjonsprosess

Med andre ord tyder funnene våre på at «bricolage» isolert sett har begrenset kraft. Funnene tyder på at det er nødvendig at ledelsen først definerer og avgrensner hvilket område «bricolage» skal få virke, og deretter etablerer en politisk anerkjent arena (både i tid og sted) hvor medarbeiderne, og eventuelt andre aktører, får reell mulighet til å delta i innovasjonsprosessene. Basert på dette fremsetter vi følgende proposisjon:

Proposisjon 2: «Bricolage» får størst effekt i helse- og omsorgssektoren når ledelsen på forhånd har spesifisert utfordringene «bricolage» skal bidra til å løse og når ledelsen har etablert en arena der medarbeiderne kan delta i innovasjonsprosessene

Vår påstand er at ledelsen bør involvere seg mer i disse endringene på gras-rotta i organisasjonen og bruke denne lærdommen som en input i det strategiske endringsarbeidet. Gjennom å integrere medarbeiderinitiert inkrementell innovasjon, med mer formelle, strategiske og ledelsesstyrte innovasjonsprosesser, kan ledelsen bidra til at god praksis blir spredd til andre enheter i virksomheten.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Samfunnet står overfor betydelige helse- og omsorgsutfordringer blant annet grunnet et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og omsorgspersonell (se for eksempel St.meld nr 25 (2005-2006)). I henhold til St.meld. nr. 47 (2008-2009) kan utfordringene kategoriseres i tre hovedområder: 1) Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester, 2) tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, 3) demografisk utvikling og endring av sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne.

Samhandlingsreformen er de sentrale myndigheters svar på disse utfordringene (se St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Intensjonen med samhandlingsreformen er å dempe kostnadsveksten og samtidig forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, ved at kommunene får det juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske ansvaret for en større del av helse- og omsorgstjenestene.

Reformen legger opp til at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå, og at *«...oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøkklene»* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Reformen stiller med andre ord store forventninger, og krav, til kommunenes evne til selv å utvikle og videreutvikle egne helse- og omsorgstjenester. Skal intensjonene med å dempe kostnadsveksten og samtidig bedre kvaliteten av tjenestene kunne ivaretas, er det rimelig å anta at det vil kreve at kommunene gjør noe nytt eller annerledes enn da tjenestene ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Det vil med andre ord kreve omfattende lokal tjenesteinnovasjon for å unngå at reformen i bestefall utmynter seg i en administrativ omfordeling av ansvar og oppgaver.

1.2 Om oppdraget

En følge av samhandlingsreformen er at kommunene har fått et større ansvar for selv å utvikle gode helse- og omsorgstjenester tilpasset lokale forhold. For å håndtere dette har kommunene behov for innovasjonskapabiliteter og

innovasjonsprosesser som tar hensyn til at utvikling av nye helse- og omsorgstjenester ofte innebærer endring av organisasjon og virksomhetsprosesser, i kombinasjon med teknologiutvikling eller anvendelse av ny teknologi. Med dette som bakteppe er tema for dette prosjektet hvordan kommunale virksomheter bør organisere og lede tjenesteinnovasjonsaktiviteter innen helse- og omsorgssektoren.

Agderforskning har lang tradisjon med å utvikle kunnskap om hvordan private bedrifter bør organisere og lede innovasjonsaktiviteter, men ønsker nå også å bidra til å utvikle kunnskap om hvordan offentlig sektor bør organisere og lede innovasjonsaktiviteter. Gjennom dette prosjektet ønsker Agderforskning, ved hjelp av tre case-kommuner fra Aust-Agder, å utvikle kunnskap om hvordan kommunale virksomheter bør organisere og lede sine innovasjonsprosjekter for å bli i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om lokal tjenesteutvikling.

Prosjektet, som i sin helhet finansiert av Aust-Agder utviklings- og kompetansefond, er et ledd i denne satsningen.

1.3 Rapportens oppbygging og innhold

Denne rapporten er en leveranse på prosjektet: *Hva kjennetegner god kommunal innovasjonspraksis?* Den tar mål av seg å være en erfaringsoppsamling hvor sentrale funn med relevans for kommunal sektor vil bli påpekt. Denne dokumentasjonen vil ha spesiell relevans for de deltakende kommuner, men vil også bidra til å trekke frem mer generaliserbare funn som har relevans for andre kommuner. I tillegg forventes det at enkelte funn vil ha generell relevans med hensyn til teoriutvikling om tjenesteinnovasjon i offentlig sektor.

Erfaringene og de generaliserbare funnene i prosjektet siktes publisert i internasjonale journaler. Et paper basert på innsamlet datamateriale er blitt presentert på den 9ende Regionale Innovasjonspolitiske konferanse (RIP-konferansen) som ble arrangert i Stavanger 16-17. oktober 2014.

Denne rapporten har seks kapitler. I kapittel 2 presenteres tjenesteinnovasjon i offentlig sektor som en egen tematikk, med eksempler fra helse- og omsorgssektoren. De teoretiske perspektiver som vi bygger vår analyse på blir gjort rede for i kapittel 3. I kapittel 4 beskriver vi formålene for prosjektet og vårt forskningsdesign, hva vi har gjort og hvorfor, og følger i kapittel 5 opp med å presentere våre data. Kapittel 6 er det avsluttende diskusjonskapitlet,

hvor trådene fra de foregående kapitlene trekkes. I dette kapitlet vender vi tilbake til prosjektets problemstilling og drøfter denne i lys av teori og data.

2 Om tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssek- toren

2.1 Hvorfor studere innovasjon i offentlig sektor?

I dette studiet vil vi spesielt se på den del av offentlig sektor som forvalter eller driver produksjon av velferdstjenester, som i dette tilfellet helse- og omsorgssektoren i kommunene. I innovasjonslitteraturen har hovedfokus uten tvil vært på privat sektor frem til i dag, men interessen for å studere innovasjon i offentlig sektor er sterkt økende. Studier viser at offentlig sektor er innovativ (Karlsen 2013; Foyn 2011; Teigen, Skjeggedal og Skålholt 2010).

Innovasjon i offentlig sektor blir i dag sett på som en avgjørende faktor for å kunne opprettholde god kvalitet i offentlige tjenester i møtet med utfordringer knyttet til globalisering, demografisk utvikling, reduserte budsjetter og andre «ondartede problemer» som skaper press på offentlige velferdstjenester. Ondartede problemer (i.e. «wicked problems») er kjennetegnet ved at det ikke er noen enkel fornuftig løsning, at de krever samarbeid fra flere ulike aktører og at de krever en eller annen form for forandring i praksis (Sørensen og Torfing 2011).

Tradisjonelt har offentlig sektor blitt sett på som et statisk rammeverk for dynamikk og innovasjon. I dag er det en stadig sterkere erkjennelse av at innovasjon like gjerne finner sted innenfor offentlig sektor som ledd i produktivitetsforbedringer og bedre ressursutnyttelse internt eller for å skape et mer dynamisk og brukervennlig grensesnitt mot brukere av offentlige tjenester (Foyn 2011:3). Det nye ved innovasjon i offentlig sektor er at sektoren setter sin egen praksis i søkelyset ved å stille økte krav om innovasjon. Det betyr at det offentlige virkemiddelapparatet nå bør få utvidet mandatet til å gjelde offentlig sektor, og at virkemidler som tidligere ble benyttet til innovasjon i næringslivet nå bør tilpasses til innovasjon i offentlig sektor (Karlsen 2013).

2.2 Hvordan definerer sentrale nasjonale aktører offentlig innovasjon?

I «Innovasjonsmeldingen» er innovasjon definert som «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske

verdier» (St.meld. nr 7 (2008-2009):13). Denne definisjonen er dårlig tilpasset de innovasjonsmål som offentlig sektor er opptatt av.

Norsk forskningsråd (NFR) har lansert en noe annen definisjon: «innovasjoner er nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjonsformer eller markedsføringsmodeller som tas i bruk for å oppnå verdiskaping og/eller samfunnsnytte» (Norges forskningsråd 2012:11). NFR mener at samfunnsnytteperspektivet vil være mer hensiktsmessig når vi snakker om innovasjon i offentlig sektor (Karlsen 2013). En årsak til det vil være at offentlige tjenester ikke omsettes i et marked, derimot vil brukernes opplevelse av tjenestene og deres nytte av dem være en sentral måleindikator. Det samme vil god budsjettstyring være.

I NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*, skriver en slik om innovasjon: «I helse- og omsorgssektoren kan det være like riktig å si at innovasjon skal skape merverdi ut fra det som er virksomhetens formål. Innovasjon trenger ikke være basert på en helt ny forskning eller teknisk viten, men kan like godt være kunnskap som tas i bruk i en ny sammenheng eller brukes på en ny måte. Ofte er det nettopp dette som er tilfelle ved innovasjon i offentlig tjenesteproduksjon» (NOU 2011:11:34).

Arbeidet med innovasjon vil ofte kunne være driftig, dristig og eksperimenterende i formen, men ikke alltid. Innovasjon kan også være betegnelsen på en måte å forholde seg til oppgaver på – en kultur. Innovasjon kan også være en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd (NOU 2011:11).

Et viktig prinsipp som understrekes av flere er at innovasjonen skal være ny for den gjeldene enheten, tjenesten eller kommunen. En kommune kan godt ha gjennomført en organisatorisk innovasjon, men hvis nabokommunen kopierer innovasjonen, teller det like mye som en innovasjon (Karlsen 2013:104).

2.3 Helse- og omsorgssektoren som historisk innovasjon

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* beskriver utviklingen innen helse- og omsorgssektoren de første 40 årene etter andre verdenskrig som en innovasjon. Løsningen var å flytte en del av omsorgsarenaen ut av familien og den private sfære ved å bygge ut det offentlige tilbudet. Denne oppgaveoverføringen bidro også til økt likestilling og frigjorde kvinnelig arbeidskraft, og

den framstår som en vellykket del av den nordiske modellen (Rønning 2013).

En stor offentlig velferdssektor i de nordiske landene har både vært med å legge grunnlaget for økonomisk vekst og utvikling og skapt trygghet for at en kunne sette barn til verden. Den nordiske modellen fremstår på denne bakgrunn både med større økonomisk og demokratisk bærekraft enn mange andre rike land uten samme utbygging av en omsorgssektor (NOU 2011:34-35).

Utvalget er derfor nøye med å påpeke at de ikke ønsker å kaste vrak på denne modellen. Denne tanke bygger opp under at innovasjoner i denne sektoren aller helst vil komme som endringer innenfor denne modellen, det vil si med et kommunalt ansvar for omsorgsoppgavene.

Siden 1995 har omsorgssektoren vært kjennetegnet av vekst, fornyelse, effektivisering og kvalitetsarbeid. For å bygge ut kapasiteten har det vært benyttet statlige virkemidler. Til tross for sterk vekst i aldersgruppen 80+ de to siste tiårene, har ikke tallet på eldre brukere økt i de kommunale omsorgstjenestene. Derimot har det vært en sterk vekst i antallet brukere under 67 år. Dels skyldes det konkrete reformer, dels endringer i oppgavefordelingen med spesialisttjenesten og familien/frivillige. Utviklingen av nye brukergrupper har også bidratt til omfattende omstillingsprosesser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (NOU 2011:11).

Innovasjon er en av nøklene til å løse de utfordringene som helse- og omsorgssektoren står overfor i fremtiden. Innovasjon i helse- og omsorgssektoren kan fremtre på ulike måter. Høsten 2010 ble det gjennomført en nordisk pilotundersøkelse om innovasjonskapasitet i offentlig sektor (SSB 2011). Studien finner at innovasjon for å møte sosiale utfordringer scorer lavere i Norge enn i de øvrige nordiske land. Samtidig dokumenteres at innovasjon oftest skjer i administrasjonen. Disse resultatene peker på at det er behov for mer direkte innovasjon i selve tjenestene (NOU 2011:11).

Kunnskapsutvikling som drives fram med innovasjonsprosjekter, må involvere brukerne på opplyste og samtykkende måter. Det må også være økonomisk rom for utprøving i så stor skala at nye løsninger først implementeres når det er solid erfaringsgrunnlag for at de faktisk fungerer godt (NOU 2011:11).

2.4 Samhandlingsreformen – en innovasjon?

Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Samhandlingsreformen var nødvendig å innføre fordi mange pasienter opplevde at tjenestene ikke hang godt nok sammen. Samhandling mellom sykehus og kommune, innen kommunen, mellom kommuner, mellom sykehusavdelinger, mellom personellgrupper var ikke god nok.

Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Tjenestene skal ha god kvalitet, ha høy pasientsikkerhet, lav ventetid og være mest mulig tilpasset den enkelte bruker. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal utvikles i tråd med målene med samhandlingsreformen. En større del av veksten i helsebudsjettene fremover skal derfor komme i kommunene.

Samhandlingsreformen startet offisielt 1. januar 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Mange av endringene kommer gradvis. Et eksempel på det er innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene hvor det vil være en gradvis innføring frem til 2016 når tilbudet skal være etablert. Reformen vil bli evaluert underveis og justert ved behov for å nå alle de viktigste målene med reformen. (www.regjeringen.no/Helse-og-omsorgsdepartementet/tema/Samhandlingsreformen)

Reformen stiller med andre ord store forventninger, og krav, til kommunenes evne til selv å utvikle og videreutvikle egne helse- og omsorgstjenester. For å håndtere dette har kommunene behov for å bygge innovasjonskapabiliteter og sette i gang innovasjonsprosesser.

Samhandlingsreformen var ikke i seg selv en innovasjon den dagen den ble innført. Men hvis reformen bidrar til ny oppgaveløsning og former for samhandling mellom helse- og omsorgssektoren i kommunene og sykehusene, kan det kalles en innovasjon.

3 Teoretiske perspektiver

3.1 Innledning

Innovasjon er anerkjent som en kritisk faktor for generering av overlegen ytelse i privat sektor (Fagerberg, 2005), og mye forskning har fokusert på hvordan organisasjoner i privat sektor bør styre innovasjonsaktiviteter (Kahn, 2013). Innovasjon har nylig også blitt foreslått som en løsning på utfordringene i offentlig helsesektor (Hovlin et al., 2011).

Kunnskapen om hvordan innovasjonsaktiviteter i offentlig sektor bør ledes og organiseres er imidlertid mangelfull (Hartley, 2008). Tradisjonelt har mesteparten av forskningen på hvordan virksomheter bør organiseres og ledes for å lykkes med innovasjon, fokusert på vareproduserende bedrifter i privat sektor (Droege m.fl., 2009). Resultatene fra denne forskningen indikerer at organiseringen og ledelsen av innovasjonsaktiviteter har stor betydning for i hvilken grad de blir vellykket (Barczak, Griffin and Kahn, 2009). Det er imidlertid meget usikkert om funnene fra forskning på private vareproduserende bedrifter kan overføres til tjenesteytende kommunal sektor (Godø, 2009). For det første har tjenester andre egenskaper enn varer (Zeithaml, Parasuraman og Berry, 1985; de Jong m.fl., 2003), og for det andre er det forskjeller mellom offentlig og privat sektor.

I privat sektor, er vellykket innovasjon ofte sett på som en dyd i seg selv, som et middel for å sikre konkurransekraft i nye markeder eller å få ny kraft i etablerte markeder. Mens innovasjon i privat sektor gjerne måles i mot profitt, måles innovasjon i offentlig sektor etter meningsfullhet. I offentlig tjenesteyting er innovasjon forsvarlig bare der en øker offentlige tjenesters verdi i kvalitet, effektivitet eller egnethet for formålet eller brukerne (Moore 1995). Forskningslitteraturen peker på at behovet for økonomisk hensyntaken i et marked gir en bedre guide, drivkraft og retning for omstrukturering og et bedre økonomisk utfall (Robertson og Seneviratne 1995).

Det blir også argumentert for at offentlig sektor er annerledes fra privat sektor ved at det har et annet formål, ulik institusjonell kultur, lengre kjeder for implementering, andre ansvarsområder og en sterk grad av formelle rutiner (byråkrati) som hver for seg og i sum gir ulike betingelser for innovasjonsledelse og andre organisatoriske omgivelser (Robertson og Seneviratne 1995). For å fremme den innovative kapasiteten og skape kultur for innovasjon i det offentlige er en helt avhengig av politisk- og administrativ forankring. Innovasjon må oppfattes som et virkemiddel for å løse de utfordringene og problemene som er identifisert, ikke som en tidkrevende prosess med usikkert ut-

fall, og i verste fall et middel for lavere budsjetttrammer og nedbemanning (Moore 1995).

Et formål som står sentralt når vi snakker om offentlig sektor er at kunnskapen om gode eller lovende praksiser skal spres til andre organisasjoner. Mens innovasjon i privat sektor primært er drevet av konkurransefortrinn, noe som kan ha en tendens til å begrense deling av god praksis til strategiske partnere, er driverne i offentlig sektor å oppnå utbredt forbedringer i styresett og serviceytelse, inkludert effektivitet, for å øke offentlig verdi (Moore, 1995). Likevel mener enkelte forfattere (se Albury 2005) at spredningsfasen uten tvil er tregere eller vanskeligere enn i privat sektor, og at endringer i tjenester og levering av dem tar lenger tid.

Et annet moment som nevnes i litteraturen er at offentlig sektor ofte består av mange små organisasjoner som skal levere en tjeneste, for eksempel et sykehjem eller en barneskole. Mens små enheter kan være sterke på inkrementell innovasjon, hindrer denne type organisering en bred spredning av kunnskap (Albury 2005).

Der er med andre ord et gap i vår forståelse av innovasjonsledelse i offentlig sektor, som ikke nødvendigvis kan fylles av erfaringer fra privat sektor. For å bedre kommuners innovasjonsevne er det derfor et stort behov for å utvikle begreper, teorier og erfaringer om innovasjon i offentlig tjenesteyting (Hartley, 2008). Dette prosjektets primære formål er å bidra til å utvikle denne kunnskap, og reiser spørsmålet:

- Hva kjennetegner innovasjonsledelse i praksis i offentlig helse- og omsorgssektor?

3.2 Ulike tilnærminger til innovasjon i offentlig sektor

Det finnes mange tilnærminger til og former for innovasjon i offentlig sektor. Foyen (2011) underbygger at en stor del av offentlige innovasjoner er inkrementelle, og at prosess- og organisatoriske innovasjoner generelt synes mer utbredte enn produkt- og kommunikasjonsinnovasjoner. Dette forteller oss at selv om innovasjonsinitiativ kan være «top-down»- styrt i form av reformer og tiltak gjennomført av nasjonale og lokale myndigheter, er «bottom-up» innovasjoner mest utbredt i praksis.

Litteraturen presenterer oss for mange ulike definisjoner av innovasjon og de fleste handler om å gjøre noe på en ny og annerledes måte, en ny praksis som kan skape en merverdi eller økt samfunnsnytte (Altschuler og Zegans

1997; Mulgan og Albury 2003; Hartley 2005; Mulgan 2007; Bason 2010; Sørensen og Torfing 2011). Vi viser her også til omtalen under avsnitt 2.2.

De fleste forfattere synes å mene at innovasjon kan skilles fra kontinuerlig forbedring, ved å understreke at innovasjon er definert gjennom graden av diskontinuitet med tidligere praksis - det er en steg-forandring snarere enn kontinuerlig eller finkornet trinnvis forbedring (Hartley 2005). For at innovasjon kan skilles fra de bredere begrepene endring - forbedring - utvikling, er innovasjon ofte tenkt på som tilsiktet (Koch, Cunningham, Schwabsky og Hauknes 2005; Fuglsang 2010).

En innovasjon er imidlertid ikke alltid en aktivitet som starter med en intensjon (Fuglsang 2010). For eksempel argumenterer Gallouj og Weinstein 1997 for at innovasjon kan skje «ad-hoc» som løsning på et problem som oppstår. Ad hoc innovasjoner er endringer som fører til bygging av ny kompetanse som blir en integrert del av en tjeneste, og vil endre en tjeneste indirekte. Videre skriver Toivonen et al. at innovasjon også kan være: «posteriori recognition of innovation» (Toivonen, Tuominen og Brax 2007). Det vil si at handlingen ikke oppdages som en innovasjon før i etterkant, og heller ikke i dette tilfelle kunne være intendert. Konseptene «ad-hoc innovasjon» (Gallouj og Weinstein 1997), «a posteriori recognition of innovation» (Toivonen et. al 2007) og «Bricolage» (Styhre 2009) er relevante for å forstå dynamikken og potensiale av innovasjon i offentlig sektor, og for å se sammenhengen mellom mikro- og systemnivå av innovasjon. På samme tid som disse konseptene peker mot en mer praksisbasert forståelse av innovasjon:

«"do-it-yourself" problem-solving activity that creates structures from resources at hand» (Fuglsang og Sørensen 2011)

Denne måten å forstå innovasjon på understøttes også av Mulgan (2006) som skriver at: «Innovative ideer tilpasses gjennom utprøving».

Aksepterer vi denne vide definisjonen av innovasjon åpner det opp for å se på bestrebelsen for å gjøre ting bedre gjennom konseptene erfaring, eller erfaringsbasert kompetanse, justering av strukturer/rutiner og samarbeid.

3.3 Organiseringens betydning for innovasjon

En del litteratur skriver om organiseringsprosessers betydning for innovasjon (Reff og Johansen 2012). Litteraturen deles gjerne i to hovedspor: enten at organiseringsprosessen er forutsigbar og kan deles opp i faser (ideutvikling, testing, generisk modell, kommersialisering) eller at den er uforutsigbar og kaotisk. Det er med andre ord mange ulike måter å drive innovasjon på. Det

som understrekes i dette perspektivet er at innovasjonene skapes i kraft av de organisatoriske omgivelser som individene befinner seg i. Prosessen kan dermed være drevet av en ansatt, en leder, eller i vårt tilfelle en politiker-
men innovasjonsprosessen ville ikke kunnet ha satt vesentlige og varige spor om ikke de organisatoriske omgivelser hadde støttet opp om dette.

En del litteratur støtter opp under innovasjon som en stabil og strategisk prosess (Gordon og Greenspan 1988, Gartner 1988, Damanpour 1991 i Reff og Johansen 2012). I denne litteraturen er det organiseringsstabilitet eller optimale organisasjonsstrukturer som trekkes frem som vilkår for innovasjon. Man betrakter innovasjonsprosessen som en stabil prosess som kan beskrives og som gjør det mulig for entreprenører å gjøre strategiske valg i prosessen (Reff og Johansen 2012).

I litteraturen er det imidlertid kommet kritikk av denne ideen om at innovasjon skjer i faser eller i organisasjonsstrukturer (Van de Ven m.fl 1999) og en del litteratur betegner innovasjon som en uforutsigbar og emergerende prosess. Van de ven viser til konstruktivistiske og sosiale forandringsteorier, som ser forandringer som emergerende prosesser. Det antyder at innovasjoner skjer som kontingente prosesser som fremtrer på uventede tidspunkter. Van de ven viser hvordan innovasjonsprosessen tar form som en innovasjonssirkel, som består av en initieringsperiode, en utviklingsperiode og en implementeringsperiode, som skapes av to motsatte krefter: En divergent og en konvergent adferd. Begge er nødvendig for å skape innovasjon. Divergent adferd skaper nye ideer, kaotiske mønstre og er en undersøkende adferd. Konvergent adferd gir en retning, en sterk ledelse og reduserer usikkerhet (Reff og Johansen 2012).

Van de Ven m.fl (1999) sin definisjon av innovasjon er derfor: «En sirkel av divergerende og konvergente aktiviteter» som over tid kanskje gjentas på forskjellig organisasjonsnivå hvis ressurser finnes for å gjenta sirkelen (Van de Ven m.fl 2009 oversatt i Reff og Johansen 2012). En av hovedkonklusjonene som kan trekkes av dette er at organisering har betydning, men at innovasjonsprosessene fundamentalt sett er den samme i forskjellige organisasjonskulturer. Det betyr i så fall at det ikke er stor forskjell mellom innovasjonsprosessen i privat og offentlig sektor, og at disse prosessene uansett kan forstås ut fra seks sentrale komponenter som Van de Ven m.fl stadfester: Ideer, mennesker, transaksjon, kontekst, resultat og prosess. Van de Vens innovasjonsbidrag kan se på som en del av en prosessuell organisasjonsforståelse som har til primært mål å utfordre en strategisk og lineær forståelse av innovasjon (Reff og Johansen 2012).

3.4 Innovasjonsledelse

Fra et ledelsesperspektiv er det å få til tjenesteinnovasjoner en kompleks oppgave fordi de ofte griper inn i mange ulike deler av virksomheten samtidig. I dette prosjektet vil vi spesielt fokusere på de utfordringene som den kommunale ledelsen og administrasjonen står foran etter implementering av samhandlingsreformen.

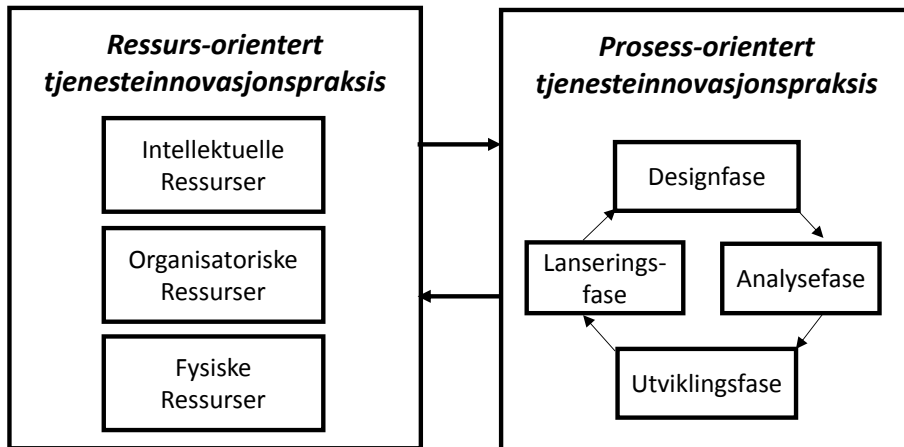
Som nevnt innledningsvis gir samhandlingsreformen overordnede rammer og føringer for kommunenes nye oppgaver og rolle i forbindelse med helse- og omsorgstjenestene, men den legger samtidig opp til at den faktiske utviklingen og tilpasningen av nye kommunale helse- og omsorgstjenester vil måtte skje lokalt i kommunene. Dette vil, som omtalt, igjen kreve at kommunene både etablerer hensiktsmessige tjenesteinnovasjonsprosesser innen helse- og omsorgsområdet, og at de bygger opp nødvendige kapabiliteter for å håndtere tjenesteinnovasjon.

Prosjektet tar utgangspunkt i Froehle og Roths (2007)'s rammeverk for å forstå ulike aspekter av tjenesteinnovasjonspraksis. Dette rammeverket illustrerer at det er sammenhenger mellom enkelte innovasjonsprosesser og organisasjonens ressursbaser. Froehle og Roth (2007) argumenterer for at tjenesteinnovasjonspraksis kan forbedres ved å skape økt bevissthet om sammenhengen mellom ulike typer ressurser i en organisasjon og evnen til å skape gode innovasjonsprosesser. Innovasjonskapabilitet eller evnen til å lede tjenesteinnovasjoner kan dermed styrkes gjennom å kombinere ressursledelse med prosessledelse. Figur 1 viser et rammeverk for tjenesteinnovasjonspraksis som kombinerer en ressurs-orientert innovasjonspraksis med prosessorientert innovasjonspraksis (Froehle og Roth, 2007).

Den høyre side av figuren viser ulike faser av en tjenesteinnovasjonsprosess. Denne prosessen er sammensatt av faser for design, analyse, utvikling og lansering. Designfasen handler om å skape bevissthet om nye behov, oppfordre til idégenerering, og tilrettelegge for kreative prosesser om hvordan organisasjonen kan møte nye behov eller krav.

I den analytiske fasen vil disse idéer til endring bli vurdert og etterprøvd gjennom for eksempel økonomiske eller tekniske analyser og eksterne erfaringer. I utviklingsfasen vil sammenhengen mellom kreativt design og analyse legges til grunn for å utvikle de praktiske grep for å kunne utføre tjenesteinnovasjonen. Disse kan handle om organisatoriske endringer, tekniske hjelpemidler eller opplæring. Den nye tjenesten vil i siste fase lanseres gjennom ulike typer informasjon eller kommunikasjon til den aktuelle brukergruppe. I denne fase vil det også være aktuelt å legge til rette for en type evaluering av

tjenestens funksjon i praksis for å kunne justere utførelsen av tjenesten over tid. Denne innovasjonsprosessen er i praksis syklisk og kan gå frem og tilbake mellom de ulike faser over tid.



Figur 1: Ressurs-Prosess Rammeverk for utvikling av tjenesteinnovasjonspraksis (etter Froehle & Roth, 2007)

Den venstre side av figuren handler om hvordan denne innovasjonsprosessen står i et kontinuerlig samspill med de ressursbaser en organisasjon til enhver tid har tilgjengelig. Forandringer i ressursbasen vil med andre ord også påvirke premisene eller rammene for de ulike faser i selve innovasjonsprosessen.

I figuren deles disse ressursene inn i intellektuelle, organisatoriske og fysiske ressursene. De intellektuelle ressursene kan beskrives som organisasjonens «humane kapital». Det handler med andre ord om de ansattes formelle utdanningskompetanse, faglige ferdigheter, erfaringskunnskap og læringsevne. Samtidig er også de sosiale ferdigheter og organisasjonens sosiale miljø viktige aspekter av den intellektuelle ressursbase. Den intellektuelle ressursbasen kan også inkludere eksterne ressursene gjennom nettverk og samarbeidspartnere.

Den organisatoriske ressursbasen kan beskrives som organisasjonens kommunikasjons-, koordinerings- og rapporteringsstrukturer. Det handler dermed både om formelle og uformelle møtearenaer mellom ansatte og avdelinger og med andre aktører utenfor organisasjonen. I tillegg bør det understrekes at denne ressursbasen også handler om hvordan ledelsen legger til rette for å motivere, støtte og utvikle en kreativ organisasjonskultur. Utviklingen av denne ressursbasen handler dermed om hvordan man skaper for-

ståelse, forankring og handling mellom ulike aktører i og utenfor organisasjonen.

De fysiske ressurser kan beskrives som en organisasjons ulike typer av aktiver. De inkluderer de tilgjengelige fasiliteter, teknologiske hjelpemidler, geografisk lokalisering og økonomiske rammer. Overordnet sett handler ressursorientert utviklingspraksis dermed om å utvikle gode kommunikasjonsarenaer og en kreativ innovasjonskultur i organisasjonen; å legge til rette for erfaringsoverføring og kompetanseheving av ansatte som på ulik måte er involvert i innovasjonsprosesser; og sikre fornyelse av understøttende digital og fysisk infrastruktur (Froehle & Roth, 2007).

For å forbedre innovasjonsskapabilitet og praksis i den offentlige sektor, handler det dermed ikke bare om å lede enkelte prosesser, men også mer generelt om å lede, kultivere og utvikle de tilgjengelige intellektuelle, organisatoriske og fysiske ressurser.

4 Mål for prosjektet og metodisk tilnærming

Utvikling av kunnskap om hvordan kommunene bør organisere og lede sine innovasjonsaktiviteter for å bli i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om lokal tjenesteutvikling, er et omfattende arbeid som vil kreve tverrfaglig forskningsinnsats av flere aktører i lang tid.

For å skape overblikk og bedre kunne prioritere fremtidig forskningsinnsats, vil prosjektet utvikle og anvende en metodikk for å kartlegge hvordan kommunene i dag organiserer og leder tjenesteinnovasjonsaktiviteter i helse- og omsorgssektoren. Målet med prosjektet er:

- Å utvikle praktisk orienterte modeller og konsepter for god innovasjonsledelse som kan ivareta kommunenes utfordringer med tjenesteutvikling i forbindelse med samhandlingsreformen
- Å beskrive hvilke nye forskningsinitiativer som er nødvendig for å fastsette hva som representerer god innovasjonspraksis i kommunal helse- og omsorgssektor

Kunnskapen som vil utvikles gjennom prosjektet vil ha umiddelbar nytte og relevans i de deltakende kommuner, men vi legger vekt på å utvikle ny kunnskap som også har relevans for andre kommuner.

Metode

For å kunne gå i dybden av problemstillingene rundt ledelse og organisering av innovasjonsprosesser i helse- og omsorgssektoren har vi benyttet kvalitativ metode; dybdeintervjuer og observasjon.

Helse- og omsorgssektoren i tre kommuner i Aust-Agder ble etter nærmere overveielser valgt ut som case. Kommunene varierer i størrelse målt ved antall innbyggere og har ulik avstand til det regionale helseforetaket. Se tabell 1 for en nærmere presentasjon av kommunene og dataene innhentet i hvert enkelt tilfelle.

Tabell 1: Utvalget

Kommune nr.	Antall ansatte	Antall innbyggere	Data
A	2 275	44 000	Intervjuer: - Avdelingsdirektør: 1 - Mellomleder: 2
B	670	10 000	Observasjon: - Av et pågående innovasjonsprosjekt
C	260	3 500	Intervju: - Avdelingsdirektør: 1 - Mellomleder: 3 - Ansatt: 1

I hver av de utvalgte kommunene har vi intervjuet nøkkelinformanter på ledelsesnivå (avdelingsdirektører og mellomledere). Intervjuene tok mellom 1 og 2 timer. Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide i intervjuene, se vedlegg 1. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transskribert.

Informantene ble oppfordret til å gi eksempler på nye og forbedrede helse- og omsorgstjenester fra egen kommune. For å få noen konkrete svar om innovasjonsprosessen og hvordan denne ble organisert og ledet, fikk informantene mulighet til å ta utgangspunkt i ett eller to sentrale tiltak/prosjekt fra helse- og omsorgssektoren de siste årene. De ble stilt flere åpne spørsmål rundt de nevnte innovasjonsfasene, jfr. figur 1. Vi spurte også om den fremgangsmåten som de beskrev var det normale for kommunen.

I tillegg til å intervju noen utvalgte nøkkelinformanter i to av kommunene, har vi i en tredje kommune fulgt oppstartsfasen av et innovasjonsprosjekt. Formålet med prosjektet er å utvikle et nytt helse- og omsorgssenter. Vi fikk anledning til å delta i to workshops tidlig i prosessen. Det er også foretatt flere uformelle diskusjoner med prosjektledelsen om prosjektet. Vår involvering i prosessen ble avsluttet etter ca. 4 måneder. Det var flere sammensatte grunner til at dette skjedde. For det første ble prosjektet del av en politisk prosess som involverte andre aspekter enn utvikling av tjenester i helse- og omsorgssektoren. For det andre ble de informanter som vi jobbet med byttet ut med andre medarbeidere. Likevel kan data fra observasjonsperioden bidra til å nyansere vår forståelse av kompleksiteten av offentlig tjenesteinnovasjon og kanskje spesielt i forhold til det politiske systemet.

Innovasjonsbegrepet har frem til i dag vært ganske fremmed for mange ansatte i kommunal tjenesteyting. Det har vært og er i dag også et «oversettelsesproblem» knyttet til at aktører i det offentlige i liten grad bruker begreper og modeller fra innovasjon om sin egen aktivitet (Godø 2009). Vi forsøkte derfor å tilnærme oss innovasjonsbegrepet ved for eksempel å klargjøre begrepsbruken rundt tjenesteinnovasjon og (fag)utvikling og ved å klargjøre formålet ved studiet. Likevel opplevde nok enkelte av våre informanter at innovasjon var et noe diffust begrep som det var litt vanskelig å reflektere rundt.

Enkelte av temaene i intervjuguiden var eksempelvis noe vanskeligere enn andre. For eksempel kan det være noe lettere å snakke om konkrete tiltak (tiltakspraksis) og gjennomføring (prosess), enn mer generelt om praksisutvikling over tid. For at vi skulle få et godt grep om innovasjonsprosessene i helse- og omsorgssektoren i de to kommunene, ønsket vi å gå bredt ut i kartleggingen for og få en dyp forståelse av prosessene rundt prosjekt- og tiltakspraksis og om praksisutvikling i kommunene over tid.

5 Hvordan ser kommunenes innovasjonspraksis ut?

Som nevnt innledningsvis gir samhandlingsreformen overordnede rammer og føringer for kommunenes nye oppgaver og rolle i forbindelse med helse og omsorg, men den legger samtidig opp til at den faktiske utviklingen og tilpasningen av nye kommunale helse- og omsorgstjenester vil måtte skje lokalt i kommunene. Dette vil, som omtalt, igjen kreve at kommunene både etablerer hensiktsmessige tjenesteinnovasjonsprosesser innen helse- og omsorgsområdet, og at de bygger opp nødvendige kapabiliteter og ressurser for å håndtere tjenesteinnovasjon.

Hvordan ser så kommunens innovasjonspraksis ut? Vi vil forfølge informan-tenes tilbakemeldinger knyttet til ulike faser av innovasjonsprosessen i våre tre kommuner hvor feltarbeidet er utført. Omtalen fra hver enkelt kommune vil bli presentert samlet. Det er to hovedgrunner til det: det er for det første en grei måte å organisere og forstå materialet på, og som vi skal se av omtalen under er våre tre case-kommuner ganske forskjellige når det kommer til innovasjonspraksisen i helse- og omsorgssektoren.

5.1 Innovasjonspraksis i helse- og omsorgssektoren – kommune A

I dette caset har vi kartlagt hvordan innovasjonsprosessen i helse- og omsorgssektoren har forløpt i en relativt stor kommune i Aust-Agder. Det har vi gjort, som omtalt i metodeavsnittet, er å intervju tre ledere fra helse- og omsorgstjenesten, en avdelingsdirektør og to mellomledere. Informantene gav oss rike data og en god oversikt over innovasjonsledelse i praksis i tjenestene de senere årene.

Innovasjonsprosessen

Innovasjonsprosessen i denne kommune handler overordnet sett om en større organisatorisk omorganisering. Omorganiseringen kan ses som en innovasjon i seg selv. Samtidig har omorganiseringen også hatt betydning for innovasjonsprosesser i de enkelte helse- og omsorgstjenester.

I 2009 ble det ansatt en ny leder for helse og omsorgssektoren i kommunen. Denne kommunalsjefen innledet en prosess med enhetslederne i organisasjonen for å kartlegge og avdekke fremtidige tjenestebehov og krav i forhold til større samfunnstrender og samtidig diskutere organisasjonens utfordringer i forhold til rekruttering, kompetanse og økonomi. På bakgrunn av dette ble det dannet et «utfordringsbilde». Dette utfordringsbilde skapte en forståelse i

organisasjonen for at det måtte jobbes på nye måter i kommunens helse- og omsorgssektor.

Det ble heretter dannet en gruppe bestående av kommunalsjef, enhetsledere, rådmann, hovedtillitsvalgte og politikere for å forankre en felles forståelse av utfordringsbildet. Ledelsen i kommunen var i denne periode også på studieturer til Fredericia og Odense for å bli inspirert og lære av andre kommuners erfaringer med å drive helse og omsorgsarbeid på nye måter. Denne prosessen blir av informantene omtalt som et ledd i å utvikle utfordringsbildet og perspektiver for mulige nye løsninger. Et av hovedresultatene av denne prosessen var at det ble skapt et felles fokus på å skape en organisasjon som kunne understøtte mestring i bredeste forstand. Ideen om mestring ble først introdusert av rådmannen. Denne ideen ble vel mottatt i helse- og omsorgssektoren hvor den, som vi skal komme tilbake til, ble fortolket inn i måten å drive tjenester på.

I forlengelse av ledergruppens arbeidsprosess ble det arrangert et tre dagers seminar for 50 ansatte (tillitsvalgte, enhetsleder, avdelingsledere og andre ressurspersoner). Seminaret ble av kommunalsjefen ansett som en viktig del av prosessen for å forankre utfordringsbildet, få nye innspill, og for å diskutere nye muligheter for å organisere helse- og omsorgssektoren. Enhetslederne som er intervjuet i dette prosjektet støtter dette synspunktet og gir uttrykk for at det også ble mottatt av deres avdelingsledere som et viktig moment i omorganiseringsprosessen. Utfordringsbildet ble presentert og diskutert på seminaret – og det ble nedsatt en arbeidsgruppe som jobbet frem ni alternative organiseringsmodeller. De gjennomgående temaer ble valgt ut og tatt med i det videre arbeid i arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen kom heretter opp med en plan og forslag til omstruktureringer av eksisterende og opprettelse av nye enheter for å skape et bedre tjenestetilbud i kommunen.

Gjennom hele prosessen var det jevnlig kontakt med kommunal ledelse (rådmann) og politikere for å forankre utfordringsbilde og utviklingsarbeidet. Arbeidet har også vært presentert i kommunestyret ved to anledninger. Dette var dels for å forankre utfordringsbildet, og dels for å sikre et bystyrevedtak (og budsjett) for å kunne jobbe med organisasjonsforandringer.

I 2012 fikk Helse- og omsorgssektoren et bystyrevedtak om budsjett for å kunne gjennomføre en større omorganisering og etablere visse nye tjenester. Resultatet er en helt ny organisasjonsstruktur og to nye enheter: Koordinerende enhet og Levekår med ansvar for hverdagsrehabilitering. I tillegg ble det etablert en ny ledergruppe på tvers av alle enheter for å skape kommunikasjon på tvers av «søyle-tenkningen» og diskutere felles temaer som etikk,

kompetanse, rekruttering, innovasjon, mestring, frivillighet, etc. Kommunalsjefen mener at denne gruppen skaper «...en ny felles arena og skaper et felles ansvar for tjenesteutvikling i hele [navn] kommune, - hvor vi kan se hele kommunen og ikke bare den enkeltes enhet eller avdeling».

Innovasjonsprosessen har både skapt utfordringer og muligheter. En av hovedutfordringene med innovasjonsprosessen har vært å sikre en kontinuerlig kommunikasjon med den politiske ledelse for å skape forståelse for endringsidéer. Prosessen satte i gang flere forslag til radikale omstruktureringer og det var derfor viktig for den administrative ledelsen å sørge for politisk forankring.

Allerede på idéstadiet ble idégrunnlaget og prosessene forankret hos politikerne. En av informantene sier: «Vi har jobbet med bystyret i løpet av to samlinger to år på rad. Da presenterte vi utfordringsbildet. Og vi fikk også forankret våre perspektiver opp mot budsjettvedtak. Her fikk vi mandat – bystyrevedtak – på at vi kunne begynne å jobbe med omorganisering av sektoren. Det [bystyrevedtaket] var vår inngangsbillett til å jobbe med organisasjonen». Prosessen har dermed skapt en større bevissthet blant både administrativ og politisk ledelse om at innovasjon er viktig for kommunene og at slike prosesser krever kommunikasjon på tvers av styringsnivåer og søyler. Det er også utviklet en erkjennelse av at innovasjon også handler om en form for risikovilje og tilpasning. En av lederne forteller: «Vår sektor er kommet langt. Det er blitt økt erkjennelse for at innovasjon er viktig i kommunen. Noen avdelinger jobber sammen med kompetansesenteret [navn]».

En annen utfordring har vært å skape forankring blant medarbeidere hele veien gjennom organisasjonen. En informant sier: «Alle sier de er engasjerte, men det har vært protester og profesjonskamper. Noen ville helst ha det som var». Det er med andre ord ikke gitt at medarbeider involvering skaper en «knirkefri» implementering av nye samarbeidsmodeller og arbeidsoppgaver.

Tross disse utfordringer viser denne innovasjonsprosessen at det har skapt mange muligheter og åpninger for nye tanker om organisering, samarbeid og praktisk utførelse av kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette har kanskje nettopp vært mulig fordi det har vært en forståelse i organisasjonen av at innovasjon og fornyelse må skje i samspill mellom ledelse og medarbeidere. Det utvikler seg over tid en ny måte å jobbe på som omfatter å definere en utfordring, forankre i hele organisasjonen, skape involvering og teste ut nye tjenester. Innovasjonsprosessen i forhold til den overordnede omorganiseringen kan betegnes være preget av gjensidige tilbakespill og nye runder,

mens den i andre tilfeller er mer lineær. Som en av informantene uttrykker det: *«Det var veldig spennende å se hvordan den gikk... vil det lykkes eller ikke ...vil vi bli isolert eller....Men det har gått over all forventing. De har tørt å gjøre ting... gjøre feil... justere gradvis. Mange ting skjer gradvis... man venter ikke på formelle evalueringer og sånt. Men det har også vært veldig «rett på». Det at vi har endret samarbeidsrutiner...samspill med andre tjenester i kommunen. Det har vært viktig for å gi best tjenester...best tilpasset tjenester. Det skjer i disse samarbeidskoalisjoner».*

Proessen har med andre ord bidratt til å utvikle en «organisatorisk åpenhet» for nye tanker både fra ledelsen og fra medarbeiderne. Dette har bidratt til å skape en risikovilje hvor man tør teste ut nye ideer og en kapasitet til å løpende revidere og tilpasse praksis.

Kapabiliteter

Det var den administrative ledelse som satt «mestring» på kartet i kommunen, men etter en bred prosess hvor utfordringene ble satt på dagsorden. Hovedidéen til omorganiseringen er hentet eksternt og delvis i samarbeid med eksterne ressurspersoner. Hovedbildet er likevel at utviklingsarbeidet videre skjer ved å trekke på interne ressurser.

Kommunen etablerte en innovasjonsgruppe som skulle arbeide på tvers av avdelingene, som har arbeidet bredt i søkefasen: *«(Vi) Jobber med hvordan man får frem gode idéer, gode løsninger, fange opp gode idéer blant medarbeidere og andre...viser at det er et hav av muligheter. Søker blant medarbeidere og erfaringer fra andre plasser. Vi har bare sett begynnelsen av idéer som sosialt entreprenørskap, velferdsteknologi ...».* Dannelsen av arbeidsgrupper kan ses som et strukturelt (innovativt) grep for å skape kontinuerlige kommunikasjonsarenaer for tjenesteinnovasjon på tvers av enheter i sektoren. Samtidig legges det vekt på forankring og idémyndring på en bredere arena. En av lederne forteller: *«Så idéutvikling i organisasjonen oppstår fra mange ulike perspektiver. Det er en blanding av ledelse, enhetsledergruppen og plutselige utfordringer. Jeg tror vår gruppe er en kreativ gruppe – det er åpenhet».*

Hovedtyngden av prosessen har dermed vært gjennomført ved hjelp av interne ressurser og det er den administrative ledelse som har vært sentral i søkefasen av innovasjonsprosessen. Samtidig er det klart at medarbeidere eller «grasrota» i organisasjonen har mulighet for å bringe sine ideer opp til ledelsesnivået. En av informantene forteller: *«Det skjedde på grasrota i [navn kommune] – det var et bra fagmiljø. Det var en medarbeider som var drivkraft. Hun er veldig flink – en ildsjel – flinke fagfolk... Det er det som er suk-*

sessen i [navn kommune] – det at det skjedde ovenfra og nedenfra samtidig». Ekstern prosjektstøtte benyttes men utgjør en liten del av ressursinnsatsen. I enkelte underprosjekter har man arbeidet med hvordan en kan styrke bruker- og pårørendeinvolvering.

En av lederne forteller om hvordan de valgte å organisere prosessen: *«Vi organiserte en overordnet arbeidsgruppe i [navn sektor]. Vi ble først enige om utfordringsbildet. Fokus på arbeidet ble å jobbe med mestring. ... Å få frem en organisasjon som kunne understøtte mestring. ...»*. De arbeidet i hovedsak i linjen, da det ivaretok forankring og medvirkning. Egne ansatte var prosjektledere. Det ble ikke trukket inn ekstern kompetanse i disse rollene. I følge en av lederne var dette en bevisst strategi: *«Vi måtte bruke og skape kompetanse for våre utfordringer i vår egen organisasjon. Det er viktig for å undersøke mulighetsrommet i organisasjonen.»*

Kommunen har arbeidet systematisk med å utvikle kompetansen i organisasjonen. En av lederne forteller: *«Men det viktigste er det som skjer internt – læringen - på arbeidsplassen. Lære sammen på arbeidsplassen. Kompetanseheving sammen her hvor vi jobber... Vi holder også interne kurs og kompetanseheving – og vi kan bestille kunnskap utenfra hvis vi mener vi trenger det...»*. Også en av de andre lederne understreker viktigheten av læring i linjen: *«Vi lager en kompetanseplan – og aktivitetsplan for hvilke midler som skal gå til hva slags kompetansetiltak. Vi ser helst at kompetansen trekkes inn i enheten – i stedet for å sende noen på kurs...»*.

Oppsummering

I kommunen blir «mestring» innført som ny ideologi. Ledelsen og de ansatte ser at dette er veien å gå. En av våre informanter velger å uttrykke dette slik: *«En hel organisasjon måtte forandre seg»*. Ledelsen laget et rammeverk for omorganiseringen.

Vårt forskningsspørsmål er hva som kjennetegner innovasjonsledelse i praksis i denne kommunenes helse- og omsorgssektor. Basert på gjennomgangen av våre data kan vi fremme følgende påstander om innovasjonsprosessen:

- Kommunen har et mål for innovasjonsarbeidet. Selv om de ikke har en nedfelt innovasjonsstrategi, er idéen om å arbeide med innovasjon forankret hos politisk og administrativ ledelse og hos de ansatte
- Idéene kommer både fra toppen og «grasroten» i organisasjonen. En kan ha latt seg inspirere av nye måter å gjøre ting på i andre kommuner eller nye idéer til justeringer trer frem i organisasjonen basert på erfaringsbasert kunnskap.

- Innovasjonsprosessen ved hovedomleggingen av helse- og omsorgssektoren preget av bred deltakelse, tilbakespill og nye runder, altså er den ikke-lineær. Samtidig beskriver informantene mer lineære prosesser i forbindelse med konkrete omlegginger og tiltak som er gjennomført.
- Ansatte er sterkt involvert i innovasjonsprosessens ulike faser.
- Kommunen vektlegger og lager gode rammer for å drive med intern kompetanseutvikling.

5.2 Innovasjonspraksis i helse- og omsorgssektoren – kommune C

I dette caset har vi kartlagt hvordan innovasjonsprosessen i helse- og omsorgssektoren har forløpt i en liten kommune i Aust-Agder. Det har vi gjort, som omtalt i metodeavsnittet, ved å intervju fire nøkkelinformanter i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Tre av dem har en lederfunksjon, mens en er ansatt med flere års tjenestetid i kommunen. Informantene gav en god redegjørelse for den utviklingen kommunen er inne i, konkretisert ved tiltak som er gjennomført. Tilbakemeldingene var svært samstemte, noe som gir en trygghet for at vi har fått et relativt godt bilde av innovasjonspraksisen i kommunen de siste årene.

Innovasjonsprosessen

Lederne vi intervjuet har både det faglige og det personellmessige ansvaret for sin enhet. Det er et par enhetsledere som uttrykker at de er utfordret når det gjelder utvikling og nytenkning. En sier: *«Jeg har fått et eget mandat til å tenke nytt vedrørende tjeneste- og fagutvikling»*. Likevel er hovedinntrykket at kulturen er drevet av sterk fagfokus, profesjoner og tradisjon heller enn innovasjon. En informant uttrykker: *«Det er vanskelig å komme med nye ideer og forslag, kanskje fordi mange har arbeidet på samme plass i mange år. Vi har det trygt og godt»*. En annen underbygger dette med: *«Jeg opplever at jeg har et klart mandat til å utvikle tjenestene videre. Men det kan være politiske prosesser som stopper det, sterke fagorganisasjoner som ikke ønsker det og uvilje hos de ansatte»*.

Innovasjon som begrep blir ikke benyttet av informantene uten at vi utfordrer dem til det. Det synes ikke som kommunen på en systematisk måte har løftet innovasjonstemaet særlig høyt på agendaen og kommunen har da heller ingen nedfelt innovasjonsstrategi. De har imidlertid fokus på tjenestekvalitet og kultur for å følge opp nasjonale retningslinjer, som samhandlingsreformen.

Nye ideer kommer gjerne opp via et interkommunalt samarbeid på regionalt nivå, fra nasjonale reformer og føringer, men også fra andre kommuner for eksempel gjennom nyrekruttering. En nytilsatt leder forteller: *«Det var mitt forslag at vi skulle sette fokus på brukermedvirkning og egenmestring. Det vi gjør kan sammenlignes med Hverdagsrehabiliteringsprosjektet i [kommune], hvor ideen igjen er hentet fra Danmark»*. I følge våre informanter virker det sjeldent at ideer til nye tiltak kommer direkte fra eksterne FoU-institusjoner eller interne FoU-ansatte. Kommunen synes ikke å ha noen systematisk tilnærming til innhenting av nye ideer og det synes som at sannsynligheten for at innovasjoner skal skje er større ved ad-hoc løsning av nye problemer og utfordringer.

For denne kommunen har ingen prosessuelle rutiner rundt innovasjon og utvikling. Oftest kommer ideer utenfra og implementeres «top-down». Tiltakene drøftes og vedtas innført av ledergruppen. Mellomledere og frontpersonell blir ofte gitt ansvar for å informere ansatte, gjennomføre tiltaket og rapportere tilbake til toppledelsen. En av mellomlederne forteller: *«Noen av oss var valgt ut til å være ressurspersoner. Vi skulle informere de andre ansatte og drive intern opplæring»*. I noen tilfeller starter prosessen ved et internt initiativ. En informant sier: *«I denne prosessen var det jeg som var initiativtaker, og jeg ledet prosessen alene. ...Det er en stegvis prosess hvor vi bare bruker interne ressurser, det vil si de ansatte»*.

Vi kan si at kommunen har et relativt lavt innovasjonsfokus. En informant sier: *«Jeg opplever ikke at det er mange debatter i det offentlige rom eller på bred basis i kommunen om dette»*. Kommunen har ingen formelle møtearenaer hvor saker kan drøftes bredt. De ansatte har imidlertid personalmøter. Evalueringer er lite brukt. Derfor synes en også usikre på effektene av tiltakene. I et tilfelle var brukerne og pårørende så misfornøyde med en omlegging at de klaget og skrev i bygdebladet. Da snudde kommunen og gikk tilbake til opprinnelig praksis. I et annet tilfelle ble omleggingen for kostbar og kommunen snudde. Imidlertid måler kommunen tjenestekvalitet og innbyggernes tilfredshet gjennom sporadiske brukerundersøkelser.

Kapabiliteter

I utviklingsarbeidet benyttes interne ressurser i form av ansatte, ledere og frontpersonell i hovedrollene. I liten grad synes det å være tradisjon for å trekke inn eksterne ressurser i form av konsulenter, forskere etc. Men kommunen deltar i et regionalt samarbeid. Vi har ingen oversikt over hva som er

praksis i dette samarbeidet. Heller ikke brukere og pårørende synes å bli trukket inn i tidlige faser av utviklingsprosessen.

Våre informanter gir ingen eksempler på prosjektorganisering av innovasjonsprosessen, da det meste tas som oppgaver i linjen, med en leder som ansvarlig for hele prosessen. De ansatte kommer sent inn i bildet. En informant uttrykker dette slik: *«Det har ikke vært lett å få med seg de ansatte i denne endringen akkurat. Prosessen ble styrt og implementert av ledelsen, som det typisk gjør i utviklingen av tjenestene. De ansatte hos oss er ikke mye med i utviklingsarbeid. En annen sier: Jeg kjenner til at dette ble tatt på overordnet nivå. De ansatte har ikke på noen måte vært involvert. Det er uttrykt misnøye fra de ansatte om at de ikke ble involvert»*. En informant mener tydeligvis at de ansatte enkelte ganger kunne vært mer aktive selv, og sier: *«Nei, det kommer ikke ofte noe nytt fra de ansatte. Ikke ting som betyr store forandringer. De tenker ganske tradisjonelt. Her spiller profesjoner og kultur inn. De er spesialister, men er ikke så fleksible som generalister»*.

Kommunen har en overordnet kompetanseplan i kommunen, men det er ikke utviklingsplaner for alle områder. Det er kommunens målsetting å lage det. Kompetansemiljøet er svært sårbart overfor turnover og permisjon. Samhandlingsreformen setter krav til kompetanse. Kommunen er med i et prosjekt ved Universitetet i Agder for å heve kompetansen spesielt rettet inn mot denne reformen. Generelt sett synes lederne opptatt av at de ansatte får faglig påfyll. En av lederne sier: *«Jeg er opptatt av å ta noen av de mest erfarne til opplæring og gjennom dem lære opp resten av personalet. Personalet tar kontakt med sykehuset og kreftsenteret, det vi si kompetansen der etter behov. Mangel på legevakt og nære fastleger gjør at personalet må tro på seg selv»*.

Oppsummering

Vårt forskningsspørsmål er hva som kjennetegner innovasjonsledelse i praksis i denne kommunenes helse- og omsorgssektor. Basert på gjennomgangen av våre data kan vi fremme følgende påstander:

- Kommunen har ingen nedfelt innovasjonsstrategi og innovasjon er ikke løftet frem som et sentralt ledelsesansvar i kommunen. Likevel skjer både radikale og inkrementelle innovasjoner ved implementering av idéer som i all hovedsak adopteres utenfra.
- Idéene tas ned av administrativ ledelse og tiltaket implementeres gjennom en top-down ledelsesprosess. Kommunen synes generelt sett å fokusere lite på idé- og søkefasen.

- Innovasjonsprosessen er lineær. Ledere og frontpersonell er sentrale i implementeringen. Ansatte kommer sent inn i prosessen og brukere er ikke involvert.
- Oppgavene løses internt i linjen. Ingen arena for organisatorisk læring eller kunnskapsdeling i kommunen og evalueringer er lite brukt. Kommunen har derfor lite dokumentasjon om resultatene av tiltakene.

5.3 Observasjoner fra oppstartsfasen av mulig innovasjonsprosjekt – kommune B

I tredje case fulgte vi, som omtalt i metode avsnittet, en kommune gjennom deler av en innovasjonsprosess i helse- og omsorgssektoren.

Innovasjonsprosessen

Utgangspunktet for innovasjonsprosessen var en revidering av Omsorgsplanen i kommunen. Denne revidering ble igangsatt av ledelsen for enheten fordi man på den ene side anså at lokale demografiske endringer (eldrebølgen) ville gi nye utfordringer for kommunale tjenester, og på den andre siden fordi implementeringen av samhandlingsreformen ville påvirke behovet for tjenester til en større gruppe innbyggere. Det var med andre ord en forståelse av at disse endringer ville påvirke kapasitets-, areal- og ressursituasjonen i kommunen.

Revideringen av omsorgsplanen var primært rettet mot å estimere antall senge- og omsorgsplasser det ville bli behov for i et langsiktig perspektiv. En stor del av de eksisterende helse- og omsorgstjenestene i kommunen var på det tidspunkt allerede samlokalisert på et område i kommunen. Dette område hadde i tillegg en del gamle kommunale bygninger som skulle rives eller restaureres. Det ble fra ledelsen bestemt at helse- og omsorgssektoren måtte koble utviklingen av tjenestebehov og utvikling med de tilgjengelige ressursene i kommunen. De kommunale ressursene ble her ikke bare forstått som menneskelig kapasitet og kompetanse, men også kommunens tilgjengelige arealer, mulig utbygging av disse og samarbeid med andre ikke-kommunale aktører.

Den administrative ledelsen åpnet dermed for en prosess der revideringen av Omsorgsplanen ble koblet sammen med revideringen av arealplanen for et større kommunalt område. Denne ideen ble presentert for formannskap og deretter kommunestyret. Det ble heretter besluttet å initiere et «mulighetsstudie» for det gitte planområde i forhold til hvordan helse- og omsorgssekt-

orens kunne ta i bruk disse fysiske rammene. Mulighetsstudiet skulle dermed undersøke fremtidige behov innen helsesektoren og vurdere disse i forhold til det eksisterende planområde og bygningsmasse tilgjengelig i kommunen. Hovedformålet med mulighetsstudiet ble å vurdere hvordan sambruk og samlokalisering av tjenestetilbud kunne bidra til å løse dagens og fremtiden utfordringer på helse- og omsorgsområdet.

En arbeidsgruppe ble nedsatt mellom den administrative ledelsen og det politiske tjenesteutvalget. De bestemte å supplere den kommunale kompetansen på helse- og omsorgsområdet, med kompetanse om områdeutbygging og nye kommunale helse- og omsorgsløsninger fra et eksternt konsultentselskap. Konsulentene introduserte eksempler fra andre steder i Norge og Danmark hvor kommunal tjenesteyting samarbeidet med privat tjenesteyting gjennom samlokalisering og sambruk av ressurser.

Høsten 2013 ble politikere og interessehavere invitert til en halvdags workshop for å diskutere rammene for fremtidig ønsket utvikling av det gitte planområde og helse- og omsorgssektorens tjenestebehov. Workshop'en samlet ca. 35 deltakere fra den kommunale administrative ledelse, kommune politikere, kommunale tjenesteledere innen helse og omsorg, eldrerådet, og et par naboer. Programmet ble fasilitert av de eksterne konsulentene.

Workshop'en åpnet med at de eksterne konsulenter presenterte de fysiske (utbyggings)muligheter for området og deretter ble det gitt eksempler på hvordan andre kommuner hadde økt sin tjenstekapasitet og spart ressurser gjennom samlokalisering med private tjenesteytere innen helseområdet og bruk av teknologiske hjelpemidler. Heretter ble ulike modeller for Offentlig Privat Samarbeid (OPS) presentert som mulige typer fremgangsmåter for både utbygging av området og organisering av helsetjenester. Til slutt presenterte ledelsen fra helsesektoren sine perspektiver for fremtidens helsebehov og utfordringer. Her var det fokus på hvordan statlige krav og demografiske endringer krever nye løsninger og nye typer samarbeid mellom kommune og frivilligsektor. Workshop'en ble avrundet med gruppearbeid (ledet av henholdsvis en arkitekt og en landskapsarkitekt) hvor alle deltakere kunne komme med forslag til planarbeidet for områdeutbyggingen. Det ble i liten grad åpnet for diskusjoner om selve tjenesteutviklingen.

Oppsummeringen av workshop'en ble gjort av det eksterne konsultentselskapet. Resultatene fra workshop'en ble presentert for ledelsen i helse- og omsorgssektoren sammen med en analyse av utbyggingsmuligheter for området og modeller for OPS samarbeid. I den kommunale helseenheten var det noe utilfredshet med at mulighetsstudiet var blitt redusert til et spørsmål om lo-

kalisering og utbygging. De mente at rapporten i liten grad hadde tatt hensyn til de kommunale erfaringer og kompetanse i forhold til tjenestebehov og funksjoner. Det var også flere som kritiserte rapporten for ikke å ha lyktes med å vurdere relokalisering av eksisterende tjenester og samlokalisering av fremtidige tjenester, og potensialet for utvikling i disse prosesser. Denne kritikk åpnet en diskusjon mellom kommunalsjef og tjenestelederne om hvilken vei prosessen skulle vendes – om fokuset skulle være på areal og bygningsmasse eller utvikling av og samspill mellom tjenestefunksjoner. Det ble bestemt at det skulle settes ned en intern gruppe av medarbeidere fra ulike enheter og på ulike styringsnivåer for å videreutvikle perspektivene for nye tjenester.

Ledelsen fra helse- og omsorgssektoren videreformidlet rapporten fra det eksterne konsultantselskapet, men gav også sine kritiske kommentarer til dette innspillet. Utviklingen av prosjektet ble heretter del av en politisert debatt om privat og offentlig tjenesteyting, og om salg av kommunale arealer til private utbyggere og helse- og omsorgstjenester. I løpet av denne periode ble forskerne koblet fra prosessen. I følge den lokale avis og kommunens hjemmeside pågår det nå sonderinger med private helsetjeneste-utbyggere om å utvikle/utbygge store deler av området og samlokalisere private og offentlige helsetjeneste ytelser. Prosessen er dermed til dels blitt eksternealisert fra de kommunale tjenesteledere.

Kapabiliteter

Initieringen av utviklingsprosessen i helse- og omsorgssektoren ble satt i gang av kommunalsjef og tjenesteledere på området. Oppstarten var primært preget av en forståelse av at kommunen ville møte nye tjenesteutfordringer på grunn av demografiske endringer. I tillegg var oppstarten av prosessen påvirket av et eksternt press fra stat og sykehus om nye tjenestefunksjoner og kapasitet relatert til implementeringen av samhandlingsreformen. Det var dermed tjenesteledere og enhetsledere som brukte sin erfaring og kompetanse for å skissere utfordringer og muligheter for utvikling av nye tjenester og samlokalisering av gamle tjenester i kommunen.

Gjennom en politisk prosess ble dette utfordringsbilde knyttet til utbyggingen av et definert areal og til etableringen av nye fysiske strukturer for tjenesteytingen. Politikerne påvirket på den måte prosessen med sine (ideologiske) ønsker og økonomiske betraktninger. Denne intervensjon bevirket at det administrative og politiske utvalg besluttet å hente inn eksterne kompetanse. Den eksterne kompetanse hadde erfaring med offentlig privat samarbeid, med utbygging av store områder og med samlokalisering av ulike typer helsetjenester. De eksterne konsulenter fungerte dermed som en type ekspert-

kompetanse som kunne brukes til å legitimere visse (politiske) veivalg i prosessen.

Workshop'en kan ses som en strategisk prosess for å skape forankring for prosessen blant politikere og brukere, og i noen grad for å få innspill til det videre forløp. De eksterne konsulenter fikk gjennom workshop'en grunnlag for å gå videre med en rapport som primært fokuserte de fysiske utbyggingsmuligheter og offentlig privat samarbeid. Kompetansen og erfaringskunnskapen fra de kommunale tjenesteledere på helseområdet ble dermed mer utydelige i prosessen.

Oppsummering:

Vårt forskningsspørsmål er hva som kjennetegner innovasjonsledelse i praksis i denne kommunenes helse- og omsorgssektor. Basert på gjennomgangen av våre data kan vi fremme følgende påstander:

- Det eksisterer ikke noen generell innovasjonsstrategi i enheten. Innovasjons muligheter drives frem av nye tjenestebehov i kommunen og suppleres med eksterne perspektiver for muligheter og ideer om nye former for samarbeid mellom offentlig og private aktører.
- Ideene ble initiert av den administrative ledelse og utviklet av medarbeidere. Realiseringen ble politisert og del av en ideologisk kamp om ressurser og offentlig privat samarbeid. Søkefasen vedrørende tjenesteinnovasjon ble dermed erstattet med en søkefase vedrørende samarbeidsmodeller og utbyggingsalternativer.
- Innovasjonsprosessen hadde opprinnelig et åpent potensiale for å utvikle (radikale) ideer om lokalt tilpasset tjenesteinnovasjon i samspill mellom administrativ ledelse og medarbeidere. Involveringen av eksterne konsulenter og politikere og muligheten for økonomisk gevinst ved salg av et område endret fokus for prosessen.

6 Diskusjon

Spørsmålet vi stiller i denne rapporten er hva som kjennetegner god innovasjonspraksis i kommunal omsorgssektor, og målet er å bidra til å utvikle praktisk orienterte modeller og konsepter for god innovasjonsledelse som kan ivareta kommunenes utfordringer med tjenesteutvikling innen dette området. Funnene våre indikerer at innovasjonspraksis i kommunal omsorgssektor i de kommunene vi har studert varierer innenfor de ulike innovasjonsledelsesdimensjonene. I det følgende drøfter vi dette nærmere.

Fra litteraturen kjenner vi at de fleste innovasjonsprosesser starter med at noen ser et behov eller en mulighet og har en ide om hvordan muligheten kan realiseres eller behovet tilfredsstilles (Tidd og Bessant, 2013). Litteraturen refererer ofte til de tidlige fasene av innovasjonsprosessen som rotete («fuzzy» på engelsk). Med det menes at aktivitetene ofte kan fremstå som uforutsigbare, ustrukturerte og nesten kaotiske (PDMA, 2006). Ofte blir også mange ulike ideer kombinert og brukt samtidig (Tidd and Bessant, 2013).

Forskning på private tjenesteytere indikerer at innovasjonsideer i tjenestesektoren gjerne stammer fra «mykere» kilder enn innovasjonsideer i vareproduserende sektor. Mens teknologisk FoU arbeid regnes for å være en særlig viktig kilde i vareproduserende sektor, så regnes for eksempel kunde- og medarbeiderinvolvering for å være særlig viktig for tjenesteytende sektor (Droege et al., 2009).

Tjenesteinnovasjonslitteraturen peker også på at innovasjoner i tjenestesektoren ofte vokser frem som følge av at front-linje medarbeidere gradvis endrer sin arbeidspraksis (Gallouj and Weinstein, 1997). Dette skyldes ofte at denne gruppen medarbeidere har direkte kontakt med brukerne eller kundene og derfor har grunnlag for å se tydelig hvilke tiltak som er nødvendig for å øke brukertilfredsstillelsen. Disse gradvise endringene, på engelsk gjerne betegnet som «bricolage» (Styhre, 2009), som hver enkelt medarbeider implementerer har ofte en inkrementell natur, og medarbeiderne tenker ikke nødvendigvis på det som innovasjon. Sett i retrospektiv er det imidlertid ofte tydelig at summen av gradvise endringer helt klart representerer innovasjoner (Toivonen et al., 2007).

I vårt datamateriale fra de tre case-kommunene er det få eksempler på innovasjoner som utelukkende er et resultat av slik «bricolage». De fleste innovasjonseksemplene i vårt datamateriale er snarere et resultat av at den administrative ledelse erkjenner noen overordnede utfordringer i sektorens («kundens») fremtidige behov som krever nye typer tjenesteløsninger og nye

måter at utføre tjenestene på. Innovasjonsprosessen initieres dermed ved at ledelsens blir oppmerksom på at det eksisterer et gap mellom virksomhetens mål eller ambisjoner og nåsituasjonen. I flere av eksemplene blir den erkjennelsen forsterket eller konkretisert ved at statlige myndigheter påpeker disse utfordringer og iverksetter ulike typer reformarbeid eller stiller nye krav. Erkjennelsen av et endringsbehov fra den administrative ledelse førte gjerne i neste omgang til at ledelsen initierte det vi i resultatkapittelet kalte en «top-down» innovasjonsprosess. En «top-down» innovasjonsprosess skal forstås som en fremgangsmåte hvor premissene for hva som er utfordringen og hva som skal innoveres er lagt på forhånd. Det var imidlertid stor variasjon mellom casene knyttet til hvordan denne «top-down» prosessen ble organisert og ledet.

Styringen og ledelse av innovasjonsprosesser er kanskje også et sentralt punkt hvor tjenesteinnovasjon i offentlig sektor skiller seg fra privat sektor. Vårt materiale viser at slike prosesser i offentlig sektor er meget tett knyttet til politisk ledelse. Våre informanter fra den administrative ledelse i alle tre case-kommuner understreker at kontinuerlig tett dialog med politisk ledelse er helt avgjørende for tjenesteinnovasjonen. En slik dialog er nødvendig for å skape en felles utfordringsforståelse, for å forankre perspektiver og ideer, og dermed sikre politisk legitimitet og økonomiske rammebevilgninger for selve prosessen med å forbedre organisasjonsstruktur og tjenesteproduksjon. De tre case illustrerer denne politiske forankrings prosess spesielt i begynnelsen, om enn på ulik måte og med ulikt utfall.

I den minste case-kommunen, case C, var det ikke en bred involvering av ulike aktører, særlig ikke i en tidlig fase av innovasjonsprosessen. De konkrete ideene kom gjerne fra den administrative ledelsen selv uten at medarbeidere eller andre aktører ble involvert i særlig grad. Politisk ledelse ble ansett for å være nødvendig for å kunne sette ting ut i livet, men kommunikasjonen kunne også oppleves som hemmende for utviklingsperspektiver. Dermed var det enten administrativ ledelse eller politisk ledelse som definerte hvilke typer innovasjonsideer det var legitimt å jobbe med i organisasjonen. Basert på dataene våre er det vanskelig å konkludere entydig med at dette førte til at ideene og løsningene hadde lav kvalitet, selv om vi basert på forskningslitteraturen (Droege et al., 2009) kan si at det er sannsynlig at en bredere involvering hadde ført til bedre ideer og løsninger. Basert på empirien har vi imidlertid tydelige indikasjoner på at implementeringen av ideene i case-kommune C var mer problematiske enn i case-kommune A.

I den mellomstore case-kommunen, case B, var det den administrative ledelse som definerte utfordringsbildet og satte rammene for hvilke tjenesteområ-

der som hadde behov for forandringer. Disse rammer ble også drøftet og anerkjent av den politiske ledelse. Intensjonen fra den administrative ledelsen var deretter å åpne et rom for bred involvering av både medarbeidere og til dels brukere. Tidlig i prosessen ble det for eksempel derfor arrangert workshoper med bred deltakelse, og det ble planlagt en medarbeider workshop. Etter hvert ble imidlertid prosjektet en del av en politisert debatt om privat og offentlig tjenesteyting, og om salg av kommunale arealer til private utbyggere og helse- og omsorgstjenester. Sett fra et medarbeiderståsted førte dette til at prosessen ble lukket for deres faglige perspektiver og ideer til innovasjon og forandring. Medarbeiderne fra helse- og omsorgsenheten ble dermed ikke involvert i utviklingsprosessen, og på mange måter var det heller ikke relevant å involvere dem fordi debatten dreide fra å handle om helse- og omsorgstjenester og utviklingen av dem, til politiske prinsipper og økonomiske rammer for tjenesteyting.

Praksisen i den største case-kommunen, case A, står i kontrast til praksisen i case B og C. I case A indikerer empirien vår at det var den administrative ledelse som definerte et utfordringsbilde – og at dette ble forankret i den politiske ledelse tidlig i prosessen. Det som skiller denne kommune fra de andre er at ledelsen på et tidlig tidspunkt valgte å involvere medarbeidere på alle nivåer i organisasjonen. Disse ble i første omgang oppfordret til å justere det utfordringsbilde ledelsen hadde definert. Deretter ble de engasjert i ulike arbeidsgrupper for å utvikle konkrete ideer og løsninger innenfor de områdene ledelsen hadde spesifisert. Det politiske nivå ble hele tiden holdt informert om utviklingen av ideer og mulige forandringer, og alle viktige (organisatoriske og økonomiske) beslutninger ble forankret uformelt gjennom avtaler eller formelt gjennom bystyrevedtak. I denne prosessen kan man si at den administrative ledelse dermed definerte og avgrenset et kjerneområde for innovasjonsprosessen, og skapte de politiske premisser for en medarbeiderdrevet idédugnad.

Ettersom front-linje personell deltok aktivt i denne idédugnaden kan vi si at funnene våre tyder på at case-kommune A gjennom denne praksisen på mange måter klarte å integrere den formelle ledelsesstyrte («top-down») innovasjonsprosessen med «bricolage». Dette skyldes at de daglige erfaringene til front-linje personellet ble tatt hensyn til og inkludert i prosessen. Funnene våre tyder på at denne integrasjonen har gitt lovende resultater i case-kommune A.

Basert på dette mener vi at det er grunnlag for å konkludere med at det kan gi gode resultater å integrere formelle innovasjonsprosesser og «bricolage» i helse- og omsorgssektoren. Dette er den samme konklusjonen som Fuglsang

og Sørensen (2009) kommer til etter å ha gjennomført eksperimenter i helse- og omsorgssektoren i Danmark. Basert på dette fremsettes følgende proposisjon:

Proposisjon 1: I helse- og omsorgssektoren gir en kombinasjon av «bricolage» og formelle innovasjonsprosesser ofte gode resultater

Det som er overraskende med våre funn, og som skiller dem noe fra resultatene til Fuglsang og Sørensen (2009), er imidlertid at det første steget i innovasjonsprosessen i alle eksemplene våre er ledelsesdrevet, og ikke drevet eller initiert av «bricolage». Det første steget i alle de innovasjonsprosessene vi fikk beskrevet var at ledelsen erkjente et gap mellom ønsket situasjon og nåsituasjon innen et bestemt område, og så initierte en innovasjonsprosess for å redusere dette gapet. Rene «bricolage» initierte innovasjonsprosesser fikk vi ingen eksempler på. Det andre aspekt som vi mener skiller våre funn fra Fuglsang og Sørensen (2009) er rollen den politiske ledelse spiller i disse prosesser. Den administrative ledelse legger i våre case stor vekt på den politiske forankring for å skape politisk legitimitet for å åpne for en mer «bricolage» drevet innovasjonsprosess

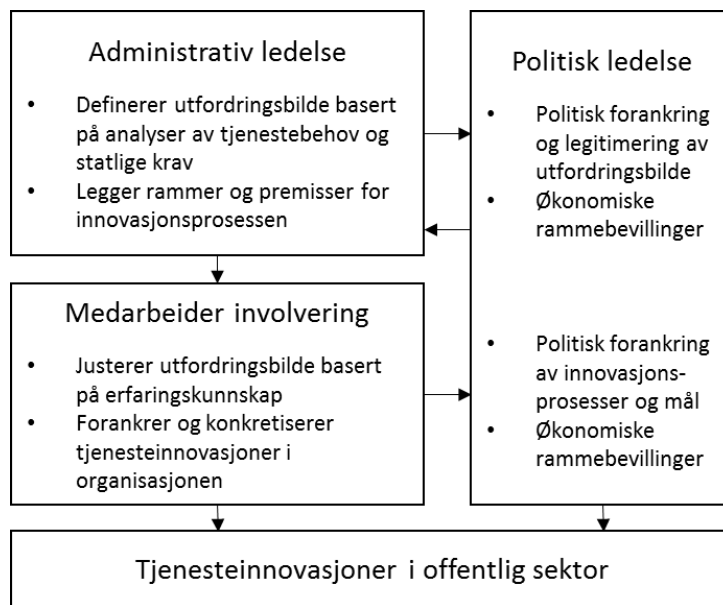
Med andre ord tyder funnene våre på at «bricolage» isolert sett har begrenset kraft. Funnene tyder på at det nødvendig at ledelsen først definerer og avgrensner hvilket område «bricolage» skal få virke, og deretter etablerer en politisk anerkjent arena (både i tid og sted) hvor medarbeiderne, og eventuelt andre aktører, får reell mulighet til å delta i innovasjonsprosessene. Basert på dette fremsetter vi følgende proposisjon:

Proposisjon 2: «Bricolage» får størst effekt i helse- og omsorgssektoren når ledelsen på forhånd har spesifisert utfordringene «bricolage» skal bidra til å løse og når ledelsen har etablert en arena der medarbeiderne kan delta i innovasjonsprosessene

Basert på disse drøftelser og proposisjoner forsøker figur 2 å illustrere en generisk modell av tjenesteinnovasjonsprosessen i offentlig sektor i dag. Modellen handler dermed om det som vi i teori kapitlet refererte til som prosessorientert innovasjonspraksis. Den tidligere modellen viste utviklingen av tjenesteinnovasjon som en syklisk prosess. Det vi ønsker å fremheve gjennom figur 2 er at innovasjonsprosessen involverer tre hovedgrupper av aktører som legger rammene og påvirker denne innovasjonsprosessen.

Modellen viser at utgangspunktet for innovasjonsprosessen defineres av administrativ ledelse. Dette utgangspunkt forankres i politisk ledelse før det

settes i gang bredere medarbeider involvering. Resultatene av medarbeiderinvolveringen forankres heretter i den politiske ledelse før innovasjonen operasjonaliseres. Figuren forenkler en meget komplisert prosess. Det vil selvfølgelig være mange flere typer kommunikasjonsprosesser blant de ulike aktører i en virkelig situasjon. Likevel hjelper figuren oss med å forstå hvordan ulike hovedmomenter i en innovasjonsprosess henger sammen. Dermed kan den brukes som refleksjonsgrunnlag når en kommune skal vurdere og forbedre sin prosessorienterte innovasjonspraksis og ledelse, og for eksempel vurdere hvor og hvordan brukere kan involveres i prosessen.



Figur 2: Tjenesteinnovasjonsprosess i offentlig sektor mellom administrativ ledelse, politisk ledelse og medarbeider involvering.

Når dette er sagt bør vi legge til at det faktisk at vi ikke har tydelige eksempler på «bricolage» initierte innovasjonsprosesser i vårt datamateriale ikke nødvendigvis betyr at «bricolage» initierte innovasjoner er fraværende i case-kommunene. Observasjonen kan muligens forklare med at utvalget i vår studie i hovedsak bestod av informanter på ledernivå. Disse lederne hadde ikke nødvendigvis den detaljkunnskapen som trengs for å få øye på tilsynelatende små og gradvise endringer som front-linje personellet gjør i sitt daglige arbeide. Poenget vårt er likevel at denne typen «bricolage» kun får

effekt på den lokale arbeidsplassen der «bricolage» inntreffer, og får liten effekt for virksomheten som helhet.

Vi stiller derfor spørsmål ved om «bricolage» initierte endringer kunne fått større effekt dersom endringene ble delt med flere enn de aller nærmeste medarbeiderne. For å få til dette tror vi ledelsen må involvere seg i disse endringene, og bruke lokal «bricolage» som en input i det strategiske endringsarbeidet. På denne måten kan ledelsen bidra til at god praksis blir spredd til andre enheter i virksomheten.

En annen overraskende observasjon i datamaterialet vårt var at brukere i liten grad ble involvert direkte i de tidlige fasene av innovasjonsprosessen i de case-kommunene vi undersøkte. Vi så eksempler på, blant annet i case C, at brukerne ble involvert sent i prosessen. I eksempelet i case C ble brukerne faktisk involvert etter at virksomheten hadde implementert endringer i tjenestetilbudet. Brukerne gjorde det da klart at tjenestetilbudet burde justeres, og dette innspillet tok virksomheten hensyn til. I dette eksempelet er det sannsynlig at man raskere hadde fått et optimalt tilbud dersom brukerne hadde vært involvert tidligere i prosessen, og vi stiller spørsmål ved om ikke dette også gjelder mer generelt i helse- og omsorgssektoren, på samme måte som i andre tjenestesektorer (Droege et al., 2009).

Konklusjon

Hvordan offentlig sektor, derunder helse- og omsorgssektoren, i praksis arbeider, og bør arbeide, med innovasjon er et understudert tema. Vår studie dokumenterer at innovasjonsledelse i denne sektoren på mange måter handler om å klare å integrere medarbeider initiert inkrementell innovasjon, såkalt «bricolage», med mer formelle, strategiske og ledelsesstyrte innovasjonsprosesser. Studien vår gir en viss innsikt i hvordan dette kan gjøres, og funnene danner grunnlag for å fremsette to proposisjoner. Videre forskning er imidlertid nødvendig for å belyse proposisjonene ytterligere, samt for å få bedre innsikt i hvordan brukere kan involveres i innovasjonsprosesser i helse- og omsorgssektoren.

7 Litteratur

Albury, D. 2005: *Fostering innovation in Public Services*, Public Money & Management, 25:1, 51-56.

Altschuler, A. A og M. Zegans (red) 1997: *Innovation in American Government. Challenges, Opportunities and Dilemmas*. The Brookings Institution Washington, D. C.

Bason, C. 2010: *Leading Public Sector Innovation: Co-creation for a better Society*. Bristol: The policy Press.

Barzecak, G., Griffin, A. og K.B. Kahn 2009: *Perspective: Trends and Drivers of Success in NPD, Practices: Results of the 2003 PDMA Best Practices Study*. Journal of Product Innovation Management, Vol. 26, s. 3-23

Droege, H., D. Hildebrand og M. A. H. Forcada 2009: *Innovation in services: present findings, and future pathways*. Journal of Service Management 20(2): 131-55.

Fagerberg, J. 2005. *Innovation: a guide to the literature*. In: The Oxford Handbook of Innovation. Jan Fagerberg, David C. Mowery, Richard R. Nelson, Oxford: Oxford University Press, 1-26.

Foyn, F. 2011: *Innovasjon i offentlig sektor* (bind 25). Oslo: Statistisk sentralbyrå

Froehle, C.M. og A.V. Roth 2007: *A Resource – Process Framework of New Service Development*. Production and operations management. Vol. 16, Nr. 2, s. 169-188.

Fuglsang, L. 2010: *Bricolage and invisible innovation in public service innovation*. Journal of innovation Economics 2010/1.

Fuglsang, L. og F. Sørensen 2011: *The balance between bricolage and innovation: management dilemmas in sustainable public innovation*. Service Industries Journal 31(4), s. 581-595.

Gallouj, F., & O. Weinstein 1997: *Innovation in services*. Research policy, 26(4), 537-556.

Godø, H. 2009: *Innovasjon i offentlig sektor – Utfordringer og muligheter*, NIFU-Step.

Hartley, J. 2005: *Innovation in Governance and Public Services: Past and Present in Public Money and Management* Volume 25:1.

Hartley, J. 2008: *The innovation landscape for public service organizations*, i Hartley, J., Donaldson, C., Skelcher, C. & Wallace, M. (red) *Managing to improve public services*, s 197-216. Cambridge: Cambridge University Press.

Hovlin K., Arvidsson S., Hjort M. og A. Ljung 2011: *Tjänsteinnovationer i offentlig sektor*, Vinnova rapport 2011:12.

Kahn, K. 2013: *The PDMA Handbook of new product development*, PDMA.

Karlsen, J. 2013: *Innovasjon i offentlig sektor* i Abelsen mfl. 2013 (red): *Innovasjon – organisasjon, region, politikk*. Oslo: Cappelen Damm.

Koch, P., Cunningham, P., Schwabsky, N. og J. Hauknes 2006: *Innovation in the public sector - Summary and policy recommendations*, NIFU STEP, Oslo.

Moore, M. H. 1995: *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press, Cambridge

Mulgan, G. 2007: *Ready or not. Taking innovation in the public sector seriously*. London.

Mulgan, G. og D. Albury 2003: *Innovation in the public Sector*. London: Strategy Unit, Cabinet Office, Oktober 2003.

Norges forskningsråd 2012: *Aktivér det offentlige innovasjonspotensialet. Forskning og samarbeid for et bedre samfunn*.

NOU 2011:11: *Innovasjon i omsorg*.

PDMA 2006. *The PDMA Glossary for New Product Development*. Product Development & Management Association.

Reff, A. og M. B. Johansen 2012: *En organisasjonsteoretisk rejse gennem innovationslandskabet i sektor* i Sørensen, E. og J. Torfing (red.) 2012: *Samarbejdsdrevet innovation – i den offentlige sektor*. Jurist- og økonomiforbundets forlag, København.

Ringholm, T., H. Teigen og N. Aarsæther (red) 2013: *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm.

Robertson, P.J. og S.J Seneviratne 1995: *Outcomes of planned organizational change in the public sector. A metaanalytic comparison to the private sector*. Public Administration Review 55(6): 547-58.

Rønning, R. 2013: *Gamle tanker som innovasjon i omsorgssektoren* i Ringholm, T., H. Teigen og N. Aarsæther (red) 2013: *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm.

SSB 2011: *Innovasjon i offentlig sektor. Nyskapning også i offentlig sektor*. Pilotundersøkelse høsten 2010.

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*.

Stortingsmelding nr. 7 (2008-2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*.

Styhre, A. 2009: *Thinking with material resources: Operating under ambiguous conditions in rock construction work*. The Learning Organization, 16(5), 386-397.

Sørensen, E. og J. Torfing (red.) 2011: *Samarbejdsdrevet innovation – i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag

Teigen, H., Skjeggedal, T. og Skålholt, A. 2010: *Kommunesektorens innovasjonsarbeid. En analyse av verkemiddel og verkemiddelaktører* (bind 11). Lillehammer: Østlandsforskning

Tidd, J. og J. Bessant 2013: *Managing innovation*, Wiley.

Toivonen, M., og Tuominen, T. og S. Brax 2007: *Innovation process interlinked with the process of service delivery: A management challenge in KIBS*. Economies et Sociétés, 8(3), 335-384.

Van de Ven, A.H., Polley, D. E., Garud, R., & S. Venkataraman 1999. *The innovation journey*. Oxford: Oxford University Press
[www.regjeringen.no/Helse- og omsorgsdepartementet/tema/Samhandlingsreformen](http://www.regjeringen.no/Helse-og_omsorgsdepartementet/tema/Samhandlingsreformen)

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. og L.L. Berry 1985: *Problems and strategies in service marketing*, Journal of Marketing, Vol. 49, pp. 33-46.

8 Vedlegg: Intervjuguide

Intervjuguide		
<ul style="list-style-type: none"> - Presentasjon av prosjektet/prosjektteam - Kort om begrepsbruken tjenesteinnovasjon/(fag)utvikling - Om bruk av dataene, taushetskløring 		
Person	Individ	<ul style="list-style-type: none"> • Navn • Stilling/andel • Kommune/avdeling
	Bakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle litt om deg selv? Utdannelse, tjenestetid (herunder hvor lenge i denne stilling/i denne kommunen), annen erfaring
	Funksjon	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du beskrive selve tjenesten som du jobber med/er involvert i/leverer til brukere?

Dimensjon: Prosess – prosjekt/ tiltakspraksis	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Prosess – Generelt	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenesteoversikt: hvilke typer tjenester har dere i dag • Er det de samme som for x år siden? • Hvilke helse- og omsorgstjenestene har endret seg de siste 3 årene? Kan du plukke ut en (eller eventuelt to av forskjellig type) ny tjeneste dere nylig har utviklet/innført. Beskriv kort tjenesten(e). 	<ul style="list-style-type: none"> • Viktig å få frem nok informasjon om tjenestene til at det går an å kategorisere dem i ulike dimensjoner (for eksempel er den radikal eller inkrementell, er det et nytt tjenestekonsept, ny samarbeidsmodell, ny teknologi og/eller brukerinvolvering) • Er tjenesten som er valgt ut en typisk ny tjeneste for helse- og omsorgssektoren å utvikle, eller er det utypisk? Hva er i så fall en typisk tjenesteinnovasjon for sektoren? • Hvis helse- og omsorgssektoren har utviklet flere nye tjenester av forskjellig type velges det ut 2 tjenester av forskjellig type, og så gjennomgås de prosessorienterte spørsmålene for hver av tjenestene.
Prosess – Oppstart	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan fikk dere ideen om å utvikle den nye tjenesten? • Er det typisk at ideene om nye tjenester kommer på denne måten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Et resultat av: <ul style="list-style-type: none"> • en politisk prosess/benkeforslag • foreslått på administrativt ledelsesnivå • en formell «ideskappingsprosess» i sektoren/kommunen? • en mer uformell «ideskappingsprosess» i kommunen (kanskje gjennom at ansatte får avsatt tid til å komme med ideer, deltar på seminarer..)

		<ul style="list-style-type: none"> • Hadde ideen sin opprinnelse utenfor kommunen? I tilfelle fra hvor (andre kommuner, brukere, pårørende, frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner, FoU miljøer, konsulentmiljøer...) og hvordan ble i så fall ideen fanget opp av kommunen? Hvilken dokumentasjon ble innhentet
	<ul style="list-style-type: none"> • Hva initierte behovet for en endring i tjenestene? • Ble vedtaket om innføring av ny tjenesten revurdert (politisk eller administrativt) før eller i innføringsfasen av prosjektet? • Hva er de ansattes reaksjoner på denne type endringer/prosesser? Hvor delaktige vil du si de ansatte er i utviklingen av ideene blir besluttet å gjennomføre? • Er det denne prosedyren kommunen typisk benytter når den vedtar endringer i helse- og omsorgstjenester? 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølgingsspørsmål om vedtaket: <ul style="list-style-type: none"> • Kom det ny informasjon til som endret noen av vurderingene som ble gjort innledningsvis om tjenesten. For eksempel nye beregninger om kostnader, innsparingspotensial, antall brukere. Eller innspill fra brukere, pårørende, brukerorganisasjoner etc om antatte effekter for brukerne etc. • Oppfølgingsspørsmål knyttet til om prosedyren er «typisk»: <ul style="list-style-type: none"> • Følges den samme prosedyren for alle typer tjenesteinnovasjonsprosjekter (eller er det en forskjellig prosedyre for eksempel på bakgrunn av antatt prosjektstørrelse, tjenestetype, eller annet)
Prosess – Gjennomføring og metodikk	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv hvordan prosessen for å utvikle den nye tjenesten var, altså hvilke steg ble gjennomført fra dere besluttet å utvikle tjenesten til den ble innført? • Ble det brukt noen bestemte utviklingsverktøy/-metodikker i løpet av utviklingsprosessen? • Er det slik utviklingsprosessen vanligvis ser ut? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem ledet utviklingsprosessen? Ble detpekt ut en formell prosjektleder? Hvem vil det typisk være som leder en slik prosess i din sektor? • Hvilke interne ressurser deltar? Arbeidsgruppe? Administrativt? Politisk deltakelse? • Var det eksterne aktører involvert i deler av prosessen, i tilfelle; i hvilke deler av prosessen var eksterne involvert, og hvilken type aktører var involvert, f.eks. leverandører/brukere/ konsulenter/FoU miljøer etc.) • Hvordan var prosessen organisert? Hvem tar beslutninger? Hvor vanlig er det at prosjekter som er i gjennomføringsfasen stanses? Hvor i prosessen stanses de vanligvis? • Er det en standardprosess som følges? Eller er prosessen forskjellig fra gang til gang, eller er den forskjellig for forskjellige innovasjonstyper (radikale vs inkrementelle, forskjellige tjenestetyper)

		<ul style="list-style-type: none"> Hvilke arbeidsmetoder og utviklingsverktøy ble benyttet, f.eks: brukerundersøkelser, pilotprosjekt, workshops, fokus grupper, Etc... Hva er årsaken til at ikke flere verktøy/metodikker benyttes? (f.eks. manglende finansiering, for vanskelig å implementere, krever for mye trening, har ikke kjennskap til at det finnes verktøy, dårlige erfaringer med verktøy, verktøyene som brukes dekker behovene etc...)
Process – evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan vil du beskrive resultatet av tjenesteinnovasjonen? Hva bygger du dine vurderinger på? Er det praksis i kommunen å foreta evalueringer av gjennomførte tiltak? 	<ul style="list-style-type: none"> Er tiltaket/prosjektet evaluert? Foretatt brukerundersøkelser? Hva spør en evt om? Identifiserte dere noen barrierer/hindre for et vellykket prosjekt underveis? Nå gjøres evt slike evalueringer? Hvem utfører typisk disse? Internt- eksternt
Dimensjon: Praksisutvikling	Spørsmål	Oppfølgings spørsmål
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> Kan du beskrive hvordan tjenestetilbudet så ut for 10 år siden? Hva er de største endringene frem til i dag? Beskriv 	<ul style="list-style-type: none"> Oversikt over tjenestetilbudet for 10 år siden. Hva har endret seg? Hvorfor, Hvordan? De største endringene: organisatorisk, teknologisk, bemanningsmessig, samarbeid/samhandling. For: ansatte, brukerne, de pårørende..? Velge ut et utviklingsløp (eller to forskjellige) som har fungert spesielt godt, knytte spørsmålene videre til denne.
Ny kunnskap og læring	<ul style="list-style-type: none"> Hva/Hvem er det etter din mening som drev denne utviklingen? Hva var tjenesteutviklingen et resultat av? Kom endringen i rutinen/tjenesten som følge av erfaringer/læring hos enkeltansatt, fra teamarbeid, fra nytilsatt? (Eksempel) Hvordan arbeider dere i kommunen for å sikre at dere besitter nødvendige kunnskap/ferdigheter for å kunne utvikle tjenestene videre? Har kunder bedt om tje- 	<ul style="list-style-type: none"> Driver: ressursituasjonen, problemløsning, nye «tung» brukergrupper, kreative ansatte, erfaringsbasert kompetanse, utviklingsorientert ledelse Ad.hoc, Intendert – ikke intendert Var utviklingen resultat av langsiktig fokus, strategi, rekruttering, planlegging...? <p>Vedr. kompetansebygging:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvilke tiltak gjennomføres for å øke/vedlikeholde de ansattes kunnskaper/ferdigheter? Faglærte/Assistenten, Fast ansatte/Vikarer.. Retter tiltakene seg mot alle ansatte eller er det spesielle grupper som prioriteres i forbindelse med kompetanseheving innen fagutvikling og innovasjon? Hva vektlegges når nye ansatte rekrutteres? Hvordan tar dere vare på læring fra disse prosessene?

	<p>nester/assistanse som har ført til nye måter å gjøre ting på hos dere?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har denne utviklingen hatt betydning for arbeidets organisering) samhandlingsstruktur • Hvilken rolle spiller ledelse for slike prosesser? • Skjer utvikling av tjenestene typisk på denne måten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Har brukere/pårørende hatt betydning for eller på en eller annen måte vært involvert i prosessen? • • Har det ledet til nye samhandlingsstrukturer, tverrgående/faglig samarbeid? • Når forankres endringene hos ledelsen (administrativt, politisk)? • (politisk eller administrativt) Hvilke nye tjenester mener du vil komme i fremtiden? (Eksempler) • Har noen av disse endringene ført til at mer radikale tiltak/prosjekter blir igangsatt som et resultat?
--	---	---

Dimensjon: Innovasjons – og utviklings- fokus	Spørsmål	Oppfølgings spørsmål
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan er fokuset på praksisutvikling og tjenesteinnovasjon i din kommune? Beskriv endring frem til i dag, • Hva må være tilstede for at du vil være fornøyd med tjenestens kvalitet? • Opplever du at du har et mandat for å utvikle tjenestene videre? • Har dere rutiner for hva en gjør når en ser noe bør endres? • Er du samlet sett fornøyd med hvordan din arbeidsplass arbeider med utvikling og innovasjon? • Annet du vil tilføye? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener du temaet praksisutvikling og tjenesteinnovasjon har et godt nok fokus i kommuneledelsen og blant kommunepolitikere i din kommune? • Er tjenesteinnovasjon et tema i den offentlige debatten i din kommune? • Hva er arbeidsstedet ditt sitt fokus på praksisutvikling og tjenesteinnovasjon? • Har det endret seg over tid? Hvordan? Gis opplæring? • Vedr. tjenestene: Hva er i praksis vanligste barrierer for at man ikke klarer å levere en ønsket tjenestekvalitet? • Vedr. mandat: Hvem andre har et ansvar? Hvem har et (hoved)ansvar for praksisutvikling/tjenesteinnovasjon? I din kommune/på din arbeidsplass? • Hvor mye tid har du i din stilling til å arbeide med slike problemstillinger? • Vedr. rutiner: Er disse skifteliggjort?

9 Vedlegg: Paper til RIP- konferansen

Idea management practices in the public health sector: An empirical exploration in Norwegian municipalities

Tor Helge Aas

University of Agder and Agderforskning AS
E-mail: tor.h.aas@uia.no

Nina Jentoft

University of Agder and Agderforskning AS
E-mail: nina.jentoft@uia.no

Mikaela Vasstrøm

Agderforskning AS
E-mail: mikaela.vasstrom@agderforskning.no

Abstract

Innovation is acknowledged as a critical factor for the generation of superior performance in the private sector (Fagerberg, 2005), and much research has focused on how organizations in the private sector should manage innovation activities (Kahn, 2013). Innovation has recently also been suggested as a solution to the challenges facing the public health sector (Hovlin et al., 2011). The literature suggests, however, that public sector organizations have some characteristic features related to organizational goals and structures that distinguish them from private for-profit organizations (Koch et al., 2006). Due to these differences it is not obvious that the innovation management knowledge produced by prior research in the private sector is transferable to the public sector. Therefore more research on innovation management practices in public sector organizations is needed (Kuipers et al., 2014). This paper addresses this gap by exploring the management practices of the early stages of the innovation process and by raising the question: What characterizes idea management practices in public health sector organizations? The exploration of this question is based on an in-depth observation of one ongoing innovation process in the health department of a Norwegian municipality, and in-depth interviews with employees in the health departments of three municipalities. The findings suggest that higher public authorities or internal forecasting were the most important sources of innovation initiatives in the case organizations, and that the innovation activities were often organized as formal projects with low user-involvement. Based on the findings it is suggested that a good integration of employee-based “brickolage” and formal innovation activities may improve the innovation performance of public health and care sector organizations.

Key words: Public sector, innovation management, service innovation, innovation practices

1. Introduction

Innovation is acknowledged as a critical factor for the generation of superior performance in the private sector (Fagerberg, 2005), and much research has focused on how organizations in the private sector should manage innovation activities (Kahn, 2013). Most research has investigated innovation practices in manufacturing firms, but in recent years also the service sector has been focused (Droege et al., 2009). The results of this research stream indicate that service firms often invest a lot financial and human resources in innovation, and often have positive results of these investments (Aas and Pedersen, 2011).

The research results also indicate that innovation activities in service firms are managed somewhat differently from traditional product innovation in manufacturing firms (Aas, 2011), in part due to the characteristics of services (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1985). Research and development is for example seldom the source of ideas in the service sector (Droege et al., 2009), and the innovation activities are not always organized as formal projects following a pre-defined process (Gallouj and Weinstein, 1997). The results of this research stream also suggest that the innovation practices in different service sub-sectors differ (e.g., Zomerdijk and Voss, 2011). For example when studying innovation practices in experiential services Zomerdijk and Voss (2011) found that firms include a particularly “*strong emphasis on gathering customer insights*” (p. 63) when they search for new innovative experiential services ideas.

However, one important service sub-sector, the public sector, is largely missing in the literature on innovation practices. The literature suggests that public sector organizations have some characteristic features related to organizational goals and structures that distinguish them from private for-profit organizations (Koch et al., 2006). Due to these differences it is not obvious that the innovation practices knowledge produced by prior research in the private sector is transferable to the public sector.

At the same time the public sector in most western countries is currently facing huge challenges, in part due to an aging population and pressure on financial resources (e.g., Castillo, 2014). Innovation has recently been suggested as a solution to the challenges facing the public sector, including the public health sector (Hovlin et al., 2011). However, a better understanding of how public sector organizations manage their innovation activities is a prerequisite for realizing the potential benefits of innovation (Kuipers et al., 2014).

In this paper we focus on the management practices of the early stages of the innovation process, often referred to as the fuzzy front-end of innovation (Reid and De Brentani, 2004), or the idea generation stage (Von Hippel, 1978), in one particular public sub sector, health and care services. Through in depth qualitative exploration of the innovation practices in the health and care departments of four Norwegian municipalities, this paper aims to answer the following research question: *What characterizes idea management practices in public health and care sector organizations?*

The paper is organized in the following way: In section 2 we review the literature on idea management. Next we present the chosen qualitative case-study methodology used to explore the idea management practices of the health departments of four Norwegian municipalities. In section 4 we present the empirical findings of the study. In section 5 the paper finally discusses the theoretical and practical implications of our findings.

2. Theory

Innovation may be defined as “*the multi-stage process whereby organizations transform ideas into new/improved products, service or processes, in order to advance, compete and differentiate themselves successfully in their marketplace*” (Baregheh, Rowley and Sambrook, 2009). The first stage of this multi-stage process generally involves searching for new ideas or new opportunities (de Jong et al., 2003). This stage is often referred to as the fuzzy front end of innovation (Reid and De Brentani, 2004), the search stage (Tidd and Bessant, 2013), or the idea generation stage (Von Hippel, 1978), whereas the management of this stage is often called “idea management” (Brem and Voigt, 2007).

The sources of innovative ideas may be divided into two broad categories; Knowledge-push and need-pull (Tidd and Bessant, 2013). Knowledge-push refers to the “*possibilities which emerge as a result of scientific research*” (Tidd and Bessant, 2013, p. 234). Knowledge-push, sometimes also referred to as the ‘Science, Technology and Innovation (STI)’ mode of innovation (Lundvall and Borrås, 2005), has proven to be particularly important as a source for the development of new products in the manufacturing sector, and examples of knowledge-push innovations include products as diverse as antibiotics, nylon, digital cameras and cellular telephones (Tidd and Bessant, 2013). Traditionally the research and development (R&D) needed to develop new technologies was often carried out in internal R&D departments, in so-called closed innovation processes (Chesbrough, 2003). However, today an increasing number of companies implement so-called open innovation processes where they search for ideas not only internally, but also externally (Chesbrough, 2003).

Another source of ideas is often called “need-pull” (Tidd and Bessant, 2013). Here innovations are developed as an answer to a real or perceived need for change. Needs may be categorized into external needs, i.e. the needs of customers or potential customers in the market, and internal needs, i.e. the needs of employees working inside organizations. The first category is often an important driver of product and service innovations, whereas the latter is of-

ten a driver of process innovation (Tidd and Bessant, 2013). A number of tools and methodologies have been developed to help firms identify needs and involve users and employees in innovation processes. Examples include living labs (e.g., Ballon, Pierson and Delaere, 2005), and focus groups (e.g., Tidd and Bessant, 2013). In general need-pull is often highlighted as a particular relevant source of new service ideas (e.g., Meyer, 2010).

It is often argued that need-pull innovations have an incremental character (Tidd and Bessant, 2013), but in fact also radical innovations may emerge from need-pull processes, for example in the form of disruptive innovations (Christensen, 1997). Disruptive innovations acknowledge potential market segments whose needs are not met: "*Generally, disruptive innovations were technologically straightforward, consisting of off-the-shelf components put together in a product architecture that was often simpler than prior approaches. They offered less of what customers in established markets wanted and so could rarely be initially employed there. They offered a different package of attributes valued only in emerging markets remote from, and unimportant to, the mainstream.*" (Christensen, 1997, p. 15).

Need-pull innovations are sometimes also referred to as the 'Doing – using – interacting (DUI)' mode of innovation, where innovations occur as "*incremental changes in products and processes based on experiences and competence acquired on the job as employees face new problems, and in cooperation with in particular customers and suppliers*" (Johnsen and Isaksen, 2009, p. 3).

There are also several additional sources of innovative ideas that are somewhat difficult to allocate to either the knowledge-push or the need-pull category. Examples include 1) watching others, 2) forecasting, 3) accidents, and 4) regulation and legislation (e.g. Tidd og Bessant, 2013).

3. Method

A qualitative case study approach (e.g., Yin, 2014) was chosen to get an in depth- understanding of the idea management practices in public health-sector organizations. The health and care departments in three municipalities in southern Norway were purposely selected as cases. The case municipalities varied in size and distance to the Norwegian state's specialist health services (hospitals). Table 1 lists key characteristics of the case organizations.

Table 1: The sample

Municipality no.	Number of employees (FTEs)	Number of inhabitants	Data
A	2275	44 000	Interviews: - Top managers: 1 - Line managers: 2
B	670	10 000	Interviews: - Top managers: 1* - Line managers: 2* Observation: - One ongoing innovation project
C	260	3 500	Interviews: - Top managers: 1 - Line managers: 3 - Front-line employees: 1*

*) Planned

In each case organization we interviewed key informants at the management level (top managers and line-managers). A semi-structured interview guide was used during these interviews. In the interviews the informants were given the opportunity to provide examples of new or improved health and care services offered by the case organization. Thereafter we asked questions related to the source of the new service idea and related to how the early stages of the innovation process had been organized.

In addition to interviewing key-informants in three case-organizations we followed the early phases of an ongoing innovation project in one municipality as in-depth observers. In this on-going project the case organization was aiming to develop a new health and care centre. We were allowed to participate on two workshops arranged in the early stages of this project. In addition we had several informal discussions with the project management of this project.

4. Findings

The findings suggest that idea management practices varied to some degree between the case organizations. In municipality A a relatively structured idea identification and specification process had been implemented. This process consisted of three steps; 1) Define the challenges, 2) involve stakeholders, and 3) develop and test new services and generate new ideas. Step 1 of this process was typically done by the top management group. One informant (top manager) from municipality A explains:

“We start by looking at the future – what are the challenges we will face in the near future. There were some that were particular clear: the inhabitants’ livelihoods (...), recruitment to our disciplines (...), economy (...) and the demographic trends (...). The challenges made it apparent that we need to work in new ways (...).”

In step 1 municipality A also took guidelines and regulations from higher public authorities into account, here explained by the same informant:

“The key national guidelines described in parliamentary report no. 47 are very good. These guidelines reinforced the challenge description we had created for our municipality. (...) Many of the perspectives [from parliamentary report no. 47] were used in the process (...).”

In step 2 the top management’s understanding of the challenges was shared with both managers on lower levels, as well as decision makers on the board level, i.e. politicians. One informant from municipality A explains:

“We went on a three day seminar to discuss the challenges. About 50 persons participated including unit managers, department managers and other resource persons (...). The seminar ended with nine different proposals. After the seminar workgroups were established and they came up with concrete project proposals and plans (...). This plan was presented to the politicians in 2012 (...). They gave us the green light for the new organization plus the creation of new services (...).”

In step 3 the new services are established and the organization works on improving these services. While step 2 is essentially a top down approach, step 3 is a bottom up approach driven by the ideas of employees. One informant (municipality A) explains:

“We have established an innovation group working across departments. (...) Innovation can occur both top and down - and bottom up. It is important to take care of both. (...) The innovation group has members from all units. (...) Their task is to identify good ideas and good practices, and capture good ideas among employees and others. Their work shows that there is a wealth of opportunities. (...)”

Another informant from municipality A also highlighted the importance of involving employees in the innovation process:

“I think the reason why we have had success in our municipality is that top down initiatives and bottom up initiatives happened simultaneously (...).”

Our findings suggested that the two other case organizations, municipality B and C, had not implemented a structured idea management processes to the same extent as municipality A. In these organizations our findings suggest that regulations or legislation initiatives from higher public authorities were the most important source of innovation initiatives. The following statement from an informant (top manager) from municipality C illustrates this practice:

“In our case the innovative idea was a result of the recruitment of new manager [the informant]. However, I got my ideas from the national guidelines in parliamentary report no. 47. I think it is fairly typical that ideas about new practices come this way (...).”

However, although the source of ideas in municipality B and C was typically guidelines or regulations from higher public authorities, employees were also involved to some degree in the early stages of the innovation process to help “translate” the national guidelines into specific local actions. A manager from municipality C explains:

“We are discussing at the staff meetings, and employees can provide input during these meetings (...).”

Our findings also suggest that users (or their relatives) do have opinions about the health and care services provided by the municipalities and ideas related to how the services could be improved, but the case organizations had only to a limited degree established a structured way to handle these inputs. Nevertheless, sometimes users were able to express their opinions and

ideas, and we got examples indicating that such input had led to changes. This may be exemplified with the following statement from a municipality C employee:

“We introduced some changes related to the meals for the elderly living in nursing homes, including that the elderly should prepare the food themselves. We had to reverse this change since the relatives reacted. (...) The relatives called both us and the politicians, and there was a subsequent newspaper article. Then we had a meeting with the relatives and thereafter changed our practice (...).”

5. Discussion and conclusions

We started this paper by asking the following research question: *What characterizes idea management practices in public health and care sector organizations?* Thus, the aim of our paper is to understand how the early stages of the innovation process look like in public health and care sector organizations. The product innovation literature often refers to the early stages of a product development process in manufacturing as the fuzzy front-end of innovation (Kim and Wilemon, 2007). The term “fuzzy” is used because product innovation research has indicated that the activities in this early period is often unpredictable, unstructured and almost chaotic (PDMA, 2006), and that a number of different sources of innovative ideas are combined and used simultaneously (Tidd and Bessant, 2013).

Although the term “fuzzy” may be a precise description of the early stages of a product innovation process in the manufacturing sector, our findings indicate that this term is perhaps not a precise description of the early stages of the innovation process in public health and care services. One reason why the term “fuzzy” is not precise is that the number of sources used in our cases was relatively limited. The sources of most innovative ideas were either new guidelines or regulations from higher public authorities or the accomplishment of relatively structured strategic forecast analysis. In addition insights from employees were used to concretize ideas after the initial concept development.

Thus, on the whole we may state that the new service ideas in our cases emerged from a need-pull process, where forecasting, as well as governmental regulations and guidelines, were used to specify the (future) needs. Involvement of employees was generally used in a subsequent stage to define and specify new service ideas.

In one of our cases (municipality A), however, employees were also involved in the very initial stage via so-called ‘innovation groups’. In this way the management in this municipality was able to identify service or process improvements done by front line employees during their daily work, often referred to as ‘bricolage’ (Fuglsang and Sørensen, 2011), and they were able to spread the practices and experiences from one department to other departments. The results of this integration of ‘bricolage’ and the more formal innovation activities were very promising in municipality A, and based on the findings we suggest that a good integration of employee-based ‘bricolage’ and more formal idea identification activities may improve the innovation performance of public health sector organizations.

Furthermore, our findings suggest that users were involved to a low extent in the early stages of the innovation process. This is surprising since the literature increasingly acknowledges users as a particularly important source of new service ideas (Meyer, 2010; Zomerdijk and Voss, 2011). One reason may be, however, that the users of health and care services are often disabled to a certain degree. However, in those cases the users often have relatives that may be a source of good ideas. Thus, we question if public health and care sector organizations would benefit from involving users (or relatives) more in the early stages of their innovation processes.

Other sources described in the product innovation literature were used to a very limited degree. Traditional knowledge-push, or the STI mode of innovation, was for example not identified as a source in our cases. However, this is perhaps not surprising since research from private service sectors has suggested that R&D is seldom a source of new service ideas (e.g., Meyer, 2010). Nevertheless, although knowledge-push is not found to be a direct source of new service ideas in our cases, we should probably not ignore that new technology, developed in an STI mode, could in some cases lead to an opportunity to develop new health and care services. However, we did not find any evidence supporting the proposition that our case organizations carried out or initiated knowledge-push innovation processes.

6. Further research

Although the study has an explorative nature, the findings provided a basis for discussing how the early stages of the innovation process in public health and care services look like. However, our approach does have limitations, both due to its explorative nature and the number of cases studied. We suggest that the findings of this paper are investigated further through qualitative follow-up studies, to understand more deeply why public sector organi-

zations organize the front-end of innovation the way they do. In addition, follow-up studies should search for contextual factors that may explain variations in practices. More specific knowledge of these areas may have important managerial implications and provide valuable insight about the types of practices that should be recommended in different circumstances.

7. References

Aas, T. H. (2011). 'Management control of service innovation activities: an exploratory investigation of best practice'. *International Journal of Services Technology and Management*, 16(3), 318-336.

Aas, T.H. and Pedersen, P.E. (2011). "The impact of service innovation on firm-level financial performance." *The Service Industries Journal* 31(13): 2071-2090.

Ballon, Pieter, Jo Pierson, and Simon Delaere (2005), "Test and experimentation platforms for broadband innovation: Examining European practice." Conference Proceedings of 16th European Regional Conference by the International Telecommunications Society (ITS), Porto, Portugal.

Baregheh, A., Rowley, J., Sambrook, S. (2009), "Towards a multidisciplinary definition of innovation", *Management Decision*, 47 (8), pp. 1323-1339.

Brem, Alexander, and Kai-Ingo Voigt (2007). "Innovation management in emerging technology ventures—the concept of an integrated idea management." *International Journal of Technology, Policy and Management* 7(3): 304-321.

Castillo, Begoña Barruso, Carmen Calderón Patier, and Ana Cristina Mingo-rance Arnáiz (2014). "The maintenance of the Welfare State: reality or utopia?" *Arethuse* 1/2 2014: Scientific Journal of Economics and Business Management, pp. 99-114.

Christensen, C. (1997), "The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail", Harvard Business Press

De Jong, J.P.J., Bruins A., Dolfisma W. and Meijgaard J. (2003), *Innovation in service firms explored: what, how and why? Strategic study B200205*, EIM Business & Policy Research Zoetermeer, Holland.

Droege, H., D. Hildebrand, and M. A. H. Forcada. 2009. Innovation in services: present findings, and future pathways. *Journal of Service Management* 20(2): 131-55

Fuglsang, L., and Sørensen, F. (2011), 'The balance between bricolage and innovation: management dilemmas in sustainable public innovation', *Service Industries Journal* 31(4), 581-595.

Gallouj, F., & Weinstein, O. (1997). Innovation in services. *Research policy*, 26(4), 537-556.

Garmann Johnsen, I. and Isaksen, A. (2009), INNOVATION MODES, GEOGRAPHY OF KNOWLEDGE FLOWS AND SOCIAL CAPITAL, paper presented at the DRUID-DIME Academy Winter 2009 PhD Conference

Hovlin K., Arvidsson S., Hjort M., et al. (2011), Tjänsteinnovationer i offentlig sektor, Vinnova.

Jensen, M. B., Johnson, B., Lorenz, E. and Lundvall, B. Å. (2007), Forms of knowledge and modes of innovation. *Research policy*, 36: 680-693.

Kahn, K. (2013). *The PDMA Handbook of new product development*, PDMA.

Kim, J. and Wilemon, D. (2007), Sources and assessment of complexity in NPJ projects. *R&D Management*, 33 (1), pp. 16-30.

Koch, P., Cunningham, P., Schwabsky, N. and Hauknes, J. (2006), Innovation in the public sector - Summary and policy recommendations, NIFU STEP, Oslo.

Kuipers, Ben S., et al. (2014) "The management of change in public organizations: A literature review." *Public Administration* 92(1): 1-20.

Lundvall, Bengt-Ake, and Susana Borrás (2005). "Science, technology and innovation policy." *The Oxford handbook of innovation*: 599-631.

Meyer, J. (2010). Does Social Software Support Service Innovation? *International Journal of the Economics of Business* 17 (3): 289-311.

PDMA (2006). *The PDMA Glossary for New Product Development*. Product Development & Management Association.

Reid, Susan E., and Ulrike De Brentani (2004). "The fuzzy front end of new product development for discontinuous innovations: a theoretical model." *Journal of product innovation management* 21(3): 170-184.

Tidd, J. and Bessant, J. (2013), *Managing innovation*, Wiley.

Von Hippel, Eric (1978). "A customer-active paradigm for industrial product idea generation." *Research Policy* 7(3): 240-266.

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry L.L. (1985), "Problems and strategies in service marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 49, pp. 33-46.

Fou informasjon

Tittel	Hva kjennetegner god kommunal innovasjonspraksis? En studie av innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene i tre norske kommuner.
Prosjektnr	1897
Oppdragets tittel	Hva kjennetegner god innovasjonspraksis?
Prosjektleder	Tor Helge Aas
Forfattere	Nina Jentoft, Mikaela Vasstrøm og Tor Helge Aas
Oppdragsgiver	Aust-Agder utviklings- og kompetansefond
Rapport type	FoU-rapport
Rapport nr	10/2014
ISSN-nummer	Trykk: 978-82-7602-241-4 Pdf: 978-82-7602-242-1
Tilgjengelighet til rapporten	Åpen
4 emneord	Tjenesteinnovasjon, Kommunal innovasjonspraksis, Tjenesteutvikling helse- og omsorg, Samhandlingsreformen