



HØGSKOLEN
i **INNLANDET**

MASTEROPPGAVE

*Sentralt initierte teknologi og innovasjonspolitik innenfor helse- og omsorgssektoren.
Casestudie av to kommuner sin innføring av velferdsteknologi.*

Masteroppgave utført ved Høgskolen i Innlandet på Lillehammer
– Master i Public Administration (breddemaster)

Anders Agdestein, Øyvind Bang-Olsen og Svein Marcussen

Forord

Denne masteroppgaven er vår avslutning av et nesten tre år langt deltidsstudie ved Høgskolen i Innlandet. Nærmest månedlig pendling, fra Vestlandet og Sørlandet til OL-byen Lillehammer, har vært utfordrende, men også svært lærerikt. Utfordringene toppet seg med å skrive denne masteroppgaven; en kraftig oppoverbakke i læringskurven vår.

Vårt valg av tema gjorde vi ut i fra temaets aktualitet i våre egne kommuner. Vi er pårørende til foreldre og besteforeldre som i en eller annen form får tjenester fra kommunen de bor i. Vi vil gjerne bruke den kunnskapen vi har fått gjennom studiet til å forsøke å forstå hvorfor flere kommuner i Norge velger å innføre velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgssektoren.

Vi vil først og fremst takke vår familie for den støtten vi har fått gjennom studietiden. Uten deres tålmodighet hadde vi ikke kunne fullføre studiet. Deretter vil vi rette en takk til Tor Helge Pedersen som var vår veileder gjennom oppgaveskrivingen. Vi vil også rette en takk til våre arbeidsgivere; Haugesund kommune, Naustdal kommune og NAV Vest-Agder for at de har gjort studiet mulig. Ikke minst vil vi takke alle lærere og medstudenter vi har truffet gjennom studiet på Lillehammer, de har gjort studiet mer innholdsrikt.

Avslutningsvis vil vi rette en stor takk til respondentene i oppgaven. De har stilt opp med erfaringer og kunnskap som gav stor innsikt i det arbeidet de gjør. Vi vil gå så langt og si at dere er pionerer i utviklingen av velferdsteknologi i kommunene deres.

Haugesund, mai 2018

Anders Agdestein, Øyvind Bang-Olsen og Svein Marcussen

Sammendrag

Masteroppgaven inngår som en del av studiet Master in Public Administration ved Høgskolen i Innlandet, våren 2018. Vår overordnede problemstilling i oppgaven er hva skjer med kommuners organisering og hvordan helse- og omsorgstjenester endrer seg, når nasjonalt initiert velferdsteknologi blir implementert lokalt i kommuner. Vi stiller tre forskningsspørsmål som vi søker svar på:

- Hvorfor innføres velferdsteknologi?
- Hvordan innføres velferdsteknologi?
- Hvilke erfaringer gjør kommunene seg med velferdsteknologi?

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse om brukerrettet teknologi som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet (NOU 2011:11). Satsingen på velferdsteknologi intensiveres i kommunene.

Velferdsteknologi er mer en idestrømning med global utbredelse, fremfor å være et konkret konsept. Idestrømningen sitt hovedbudskap er at velferdsteknologi er en del av løsningen på utfordringene innenfor helse- og omsorgssektoren.

Vår tilnærming vil være å undersøke kommuners innføring av velferdsteknologi i lys av Kjell Arne Røviks tilnærming om translasjonsteori. Vi studerer oversettelsene to kommuner gjør av statelige myndigheters politikk om velferdsteknologi. Vi har gjennomført en komparativ casestudie av en vestlandskommune og en østlandskommune. Vi har gjennomgått nasjonale og lokale dokumenter og intervjuet nøkkelpersoner i kommunene.

Et av hovedfunnene er at kommunene oversetter ulikt med ganske likt resultat. Unntaket er prosjektet om avstandsoppfølging, hvor prosessen og resultatene er ulike. Her kan vi si at trekk ved teknologien, trekk ved organisasjonen og trekk ved translasjonen har avgjørende betydning og har gitt ulike resultater i de to kommunene. Et annet interessant funn er at det, innenfor den definisjon vi har benyttet, har forekommet innovasjoner. Innovasjon er et av de sentrale målene til statlige myndigheter.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	6
1.1	Bakgrunn og aktualitet	6
1.2	Problemstilling	8
1.1.1	Hvorfor innføres velferdsteknologi?	9
1.1.2	Hvordan innføres teknologi?	10
1.1.3	Hva gjør teknologi med organisasjonene?	10
1.3	Teori og metode.....	11
1.4	Hva menes med velferdsteknologi.....	13
1.5	Oppgavens inndeling	14
2.0	Teori	15
2.1	Innledning	15
2.2	Perspektiver på organisasjoners funksjon i offentlig sektor.....	16
2.2.1	Røviks perspektiver på organisasjoners funksjon i offentlig sektor.....	18
2.2.2	Den modernistiske og rasjonelle tolkningsrammen.....	18
2.2.3	Den sosialkonstruktivistiske orienteringen	20
2.2.4	Pragmatisk insitusjonalisme	21
2.3	Ulike styringsperspektiver i offentlig sektor.....	22
2.4	Ulike teoretiske tilnærminger til organisasjonsutvikling	24
2.4.1	Innovasjonsteorier (Innovasjon i offentlig sektor).....	24
2.4.2	Prosess- og teknologinnovasjon i offentlig sektor	29
2.4.3	Iverksettingsteori	31
2.4.4	Spredning og opptak av organisasjonsideer	36
2.4.5	Oppsummering.....	39
2.5	Røviks tilnærming til translasjonsteori	40
2.5.2	Dekontekstualisering.....	44
2.5.3	Kontekstualisering.....	49
2.5.4	Translatørkompetanse	54
2.6	Empiriske forventinger	55

3.0	Forskningsdesign og metode	57
3.1	Innledning	57
3.2	Forskningsdesign.....	58
3.3	Datainnsamling	59
3.4	Dokumenter	61
3.4.1	Analyse av dokumentene.....	62
3.5	Intervjuene	63
3.5.1	Utvalg.....	63
3.5.2	Gjennomføring av intervjuer.....	64
3.5.3	Transkribering og analyse av intervjuene	66
3.6	Analysemodell	67
3.7	Validitet og relabilitet.....	67
3.8	Etikk.....	70
3.9	Oppsummering	71
4.0	Sektoriell politikk.....	71
4.1	Avgrensninger og definisjoner	72
4.2	Organisering av helse – og omsorgssektoren.	74
4.2.1	Helsedirektoratet.....	77
4.2.2	E-helse direktoratet.....	78
4.3	Aktuell sektoriell politikk.....	80
4.3.2	Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022	81
4.3.3	Helseforetakene	84
4.3.4	Innovasjon og forskning	85
4.3.5	Aktuelt lovverk	86
5.0	Casekommunene	88
5.1	Introduksjon	88
5.1.1	Presentasjon av NVP og avstandsoppfølging.....	88
5.1.2	Presentasjon av kommunene.....	89
5.1.3	Teknologiområdene	90

5.2 Tabell: Komparasjon av hovedfunn	92
5.3 Hvorfor innføres velferdsteknologi?	92
5.4 Hvordan innfører kommunene velferdsteknologi?	98
5.5 Hva er erfaringene med velferdsteknologi?	106
5.6 Oppsummering	118
6.0 Analyse av innføring av velferdsteknologi	119
6.1 Detekstualisering	120
6.1.1 Pakking av ide	120
6.1.2 Løsrivelse	121
6.2 Kontekstualisering	123
6.1 Translatørrollen	123
6.2.2 Oversetterkjeden	124
6.2.3 Oversettelsesmodus	125
6.2.4 Lokalisering	127
6.3 Analyse av innovasjon	127
6.4 Oppsummering av overføringen	129
7.0 Alternative perspektiver	132
7.1 Forklaring i lys av hvordan IKT prosjekter formidles	132
7.2 Forklaring på prosessen med ved hjelp av Implementeringsteori	133
7.3 Forklaring av prosessen ved hjelp av ny-weberiansk byråkratiteori	134
7.4 Innføringsprosessen sett i lys av teoriretning for samskaping	135
8.0 Kilde- og litteraturliste	138
Vedlegg 1 – Leseliste – nasjonale dokumenter	147
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv	148
Vedlegg 3 – Intervjuguide	149

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og aktualitet

I sine styringsdokumenter legger statlige og kommunale myndigheter mye vekt den demografiske utviklingen. Antallet personer som har behov for omsorgstjenester er stadig økende, samtidig som antallet yrkesaktive synker. Et mål for den sektorielle politikken er å finne ut hvordan en skal løse fremtidens ressursutfordringer, og et viktig løsningsforslag er å redusere behovet helse – og omsorgstjenester. Dette kan blant annet gjøres ved hjelp av forebygging og ved å legge til rette for at innbyggerne kan bo lengre i egen bolig. Velferdsteknologi pekes på som et sentralt bidrag for å nå dette målet, og kan bidra til at brukere med redusert i funksjonsevne i større grad enn i dag er selvhjulpne i egen bolig. Vårt hovedspørsmål i masteroppgaven er hvordan kommunene innfører slik teknologi, og hva dette medfører av endringer i organiseringen og tilbudet av omsorgstjenester.

Vi har tatt utgangspunkt i en Vestlandskommune og en Østlandskommune som begge har deltatt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, (NVP) som er et innførings- og utviklingsprosjekt for Velferdsteknologi. Det vi ønsker å studere nærmere er hvordan våre kommuner tar opp i seg velferdsteknologi som er verktøy i leveranse av omsorgstjenester, og hvordan de hver for seg oversetter teknologien fra ide til konkret tjeneste, og til slutt ønsker vi å foreta en komparativ analyse mellom de to kommunene.

Selve innføringen og utprøvingen av velferdsteknologi skjer gjennom et samarbeid mellom det statlige og kommunale styringsnivåene. Mye av ansvaret for organiseringen ligger på Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund som via pilotprosjektene har bidratt til at det er utarbeidet veiledningsmateriell som kommunene kan bruke sine innføringsprosjekter i form av «Veikart for Innovasjon og Velferdsteknologiens ABC.

Teknologi og digitalisering står på dagsorden i mange organisasjoner. Selv om politikkområdet velferdsteknologi er nytt er det etter hvert kommet frem et rikt tilfang av relevant dokumenter og case som er naturlig å vurdere. Hvordan slike prosjekter er gjennomført og hvordan organisasjoner eventuelt endres som følge av slike satsinger er således relevant tema for Master i Moderne Forvaltning. SINTEF,

Høyskolen i Østfold, Arkitekt og Designhøyskolen i Oslo med flere forskningsinstitutter har evaluert prosjektene og målt gevinstene.

Å studere kommunenes gjennomføring av prosjekter og hva som skjer med organisasjonen, synes å være et supplement til analyser som er gjort. NVP er en statlig initiert prosess som tar mål av seg til å implementere disse hjelpemidlene i kommunene på bredere basis. Dokumentasjon for hvordan dette er implementert kan være et supplement til analysene utført av følgeforskningen. Supplerende, utfyllende, eventuelt også motstridende funn til følgeforskningsprogrammet er relevant å få belyst.

For å undersøke problemstillingen og få oversikt over dette politikkområdet har vi tatt utgangspunkt i statlige politikk på området. Dette har vi gjort gjennom systematisk gjennomgang av styringsdokumenter, organisering, lovgivning, programmer og forskning. Det er grunn til å tro at kommunene har en formening om at velferdsteknologi vil gjøre dem bedre i stand til å takle deres oppgaver bedre. Når de starter et slikt arbeid har de trolig tanker om gjennomføring og hva de ønsker å oppnå. I oppgaven skal vi undersøke hvorfor kommunen har tatt i bruk ny teknologi, hvordan de gjorde det og hva de har oppnådd. Koblingen mellom statlig initiert politikk og gjennomføring i kommunen går på utvalg av prosjekter. Vi har valgt ut to av kommunene som er utplukket til å delta i pilotprosjekter i regi NPV. Et nasjonalt program som skal implementeres i en kommune vil møte erfaring som kommune allerede kan ha opparbeidet seg på dette område, og det kan være behov for lokale tilpasninger.

Gjennom de siste årene har velferdsteknologi fått stadig større aktualitet og større plass i styringsdokumentene. Kommunene vi gjør analyse i har trolig vurdert velferdsteknologi uavhengig av statlig initiert politikk. Eventuelle adopsjon, omformuleringer, omdanninger eller avisning av nasjonal politikk som omsettes lokalt er interessant å få belyst. Gjennom analysen håper vi å kunne si noe om kommunene har tatt i bruk velferdsteknologi. Det er tross alt forventinger til at teknologien skal virke, skal gi effekter og være nyttig.

Velferdsteknologi kan sees i kontekst av å være en ide om hvordan man skal utforme og lede organisasjoner og produksjonen av tjenester. I vår analytiske tilnærming ønsker vi å belyse innføringen av en velferdsteknologi som en slik organisasjonside

som oversettes og påvirker hvordan våre to kommuner organiserer og produserer helse og omsorgstjenester på. Røvik (2007) og hans translasjonsteoretiske perspektiver og begreper er vårt sentrale teoretiske perspektiv i denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

Vår overordnede problemstilling er;

Hva skjer med kommuners organisering og produksjon av velferds- og omsorgstjenester, når nasjonalt initiert velferdsteknologi implementeres lokalt.

For denne masteroppgaven har vi derfor formulert følgende problemstilling:

Hvordan oversettes og tas velferdsteknologi i bruk i to ulike kommuner

For å utdype og analysere problemstillingen har vi valgt å dele inn tre delproblemstillinger;

1. Hvorfor innføres velferdsteknologi i kommuner?
2. Hvordan innføres velferdsteknologi i kommuner?
3. Hvilke erfaringer gjør kommuner seg med velferdsteknologi?

I det videre vil vi presentere problemstillingen nærmere.

Tabell 1.1.: Oversikt over delspørsmål til problemstillingen

Hvorfor innføres teknologi?	Sentrale delspørsmål å undersøke i casekommunene er deres tanker om oppstart av slike prosjekter, motivasjon for prosjektdeltakelse, hvordan oppstår slike prosesser i kommunene, hvor henter de ider fra, hva ønsker de å oppnå?
Hvordan er teknologi innført?	Er dette noe kommunen gjør på egenhånd eller får bistand fra andre til sin gjennomføring. Samarbeider de med innbyggerne, brukerne sine, andre kommunen, eller leverandører. Hvordan teknologi innføres handler også om hvordan ideer kopieres, omformes eller tilpasses i den kommunen teknologien skal innføres i.
Hvilke erfaringer er opparbeidet med velferdsteknologi	Hva gjør teknologi med organisasjonene? Vi spør også etter hvilke resultater som er oppnådd, erfaringene de har gjort seg og varige endringer i organisasjonen som er satt ut i livet.

1.1.1 Hvorfor innføres velferdsteknologi?

Hensikten med å innføre teknologi kan være erstatte oppgaver som i dag blir utført av arbeidskraft eller å dekke brukerbehov som ellers ikke ville bli oppfylt.

Statlige programmer og planer på helseområdet peker på velferdsteknologi og digitalisering som et viktig utviklingsområde for tjenesteinnovasjon.

Innovasjonsbegrepet er hyppig brukt og koblet til hvordan gjøre seg best nytte av velferdsteknologi. Det kan fremstå som et viktig element i den «ide» og den nye praksis som søkes etablert. Vi starter med hva som var utgangspunkt for casekommunene sine satsinger, hvor de har hentet sine ideer og inspirasjon fra, og hva som motiverte dem til å ta i denne oppgaven?

1.1.2 Hvordan innføres teknologi?

Spørsmålet om hvordan ideer implementeres og oversettes til ny kontekst er sentrale elementer i Røviks (2007) translasjonsteoretiske tilnærming. Å identifisere hvem som gjør jobben med å oversette til ny praksis og hva denne kunnskapsoverføringen innebærer er sentral i analysene. Hvilken oversettelses- eller translatørkompetanse disse aktørene innehar får stor betydning for implementering av nye ideer i en organisasjon.

I utgangspunktet vil det hefte usikkerhet til hvordan teknologi kan virke i den organisasjon den blir tatt i bruk. Kommunen har vært med på utprøvningsprosjekter i statlig regi og de selv har initiert egne prosjekter. Innføring av ny teknologi må nødvendigvis bestå av prøving og feiling. Velferdsteknologi kan omtales annerledes og strategier reformuleres etter hvert som kommunene får erfaring. (Nielsen J, Mathiassen L. & Newell S,2014).

Kommuner er komplekse organisasjoner, men med utgangspunkt i størrelse har de trolig også en utviklingskapasitet til å gjennomføre slik prosjekter. De tar inn ideer, men er også i stand til å omformulere dem slik at de passer inn. Vi har sett at de har selvtillit nok til å forkaste ideer som ikke gir dem stor nok nytte. De er også i stand til å stille krav til leverandører i forhold til teknologi.

1.1.3 Hva gjør teknologi med organisasjonene?

Gjennom deltakelse i NVP har våre to kommuner har prøvd ut avstandsoppfølging for kroniske syke hjemme, trygghetspakker og elektroniske medisindispensere.

Teknologien forklares i kapittel 5. Utover dette har kommunen gjennomført andre prosjekter før, under og etter programmet sin avslutning. I et slik perspektiv kan handle om at ideer og løsninger kan være tatt inn i organisasjonen, men ikke tatt i bruk, eller omformet eller radikalt endret. Sagt på en annen måte er det ønskelig å analysere hva som er kommet ut av innføringsprosessene, hva består eventuelle endringer av, hvilke erfaringer og resultater er oppnådd.

Det ligger forventinger til gevinster og endringer av både tjenester og organisasjon både i NVP og i kommunenes plandokumenter. Gjennom spørsmålene som er stilt under intervjuene, har vi som mål å finne ut av hva disse endringene består av.

Endringene har vi også testet opp mot et utvalg av følgeforskningsrapporter.

Innovasjon er beskrevet som et sentralt virkemiddel for å oppnå resultater. (De Vries, Bekkers & Tummers, 2016) mener at skillet mellom endring og innovasjon ikke er så distinkt. De peker på at innovasjon er «diskontinuitet» i forhold til tidligere, en radikal pause fra fortiden. Brudd i offentlig sektor kan da komme i forhold til organisering, ny ide eller prosessuell kompetanse. Slik vi har vinklet oppgaven vår handler det ikke om å vurdere om prosessen er innovativ, men heller se etter om resultatene representerer brudd med tidligere praksis. I tillegg bør noen andre kriterier som at tjenesten eller at teknologien skal være tatt i bruk og representere en nytte.

1.3 Teori og metode

I vårt valg av teoretisk tilnærming til å belyse innføringen av velferdsteknologi, har vi valgt teori som ser på organisasjons- og tjenesteutvikling som en oversetting av ideer for effektiv og rasjonell utforming av organisasjoner og tjenesteproduksjon. Våre to kommuner har valgt velferdsteknologi som et virkemiddel for å møte sine utfordringer innen helse- og omsorgssektoren, og søker å oversette og tilpasse denne tilnærmingen til sin lokale kontekst. Røvik (2007) viser til at moderne translasjonsteori har en analytisk anvendelse som innbefatter mer enn en direkte språklig oversettelse. Med et slikt utgangspunkt er Røvik sin tolkning av oversettelsesteori et relevant teoretisk perspektiv. Vi vil i teorikapittelet gjøre rede både for innholdet og begrunnelsen for valget av denne tilnærmingen.

Å bruke to case åpner for sammenlikninger mellom casene i forhold til hva som er likt og ulikt i oppstart, gjennomføring og erfaringer. De som er intervjuet har jobber med forskjellige oppgaver i forbindelse med pilotprosjektene de har vært deltakende i. Det er en styrke ved disse casene at de har gjennomført pilotprosjekter innenfor flere teknologiområder. Røvik (2007) sier at organisasjonsideene har en kilde eller en kontekst de er hentet ut av. Prosessen med å hente ut denne ideen og tekstliggjøre den omtales av Røvik (2007) som dekontekstualisering, og implementeringen og oversettelsen av denne til en ny kontekst omtales som kontekstualisering. Utfallet av kunnskapsoverføringen kan være avhengig av måten den settes inn i ny kontekst, eller kontekstualiseres på. Røvik (2007) sier videre at det finnes gode og mindre

gode måter å oversette på som kan være teoretisk og empirisk rammeverk for kunnskapsoverføringen.

Vi har valgt en sammenlignende og fortolkende tilnærming til våre to kommuner I kommunene har vi intervjuet seks personer, tre i hver organisasjon. Vår utvelgelse av casekommune er basert på hva som har vært hensiktsmessig, naturlig og hvor det har vært mulig å oppnå intervju (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2003) Vi har valgt intervju for å få belyst problemstillingen i en naturlig kontekst og få fram rikholdig data om teknologiinnføring i helse- og omsorgsektoren

I vår analyse har vi funnet ut følgende:

Tabell 1.2: Sammenligning og funn

Perspektiver	Likheter	Forskjeller
Hvorfor innføres teknologi	Finne hjelpemidler som gjør at personer med nedsatt funksjonsevne kan bo lenger hjemme. Kommunene ønsker å effektivisere sin drift.	
Hvordan innføres velferdsteknologi	Tjenester utvikles i fellesskap med brukerne. Kommunen bygger opp nye avdelinger, alarmmottak utvides og nye kompetanse må tilegnes.	Kommune bruker ulike verktøy under gjennomføring. Prosjekter igangsettes ulikt i kommunene.
Erfaringene – hva gjør velferdsteknologi med organisasjonene	Følgeforskningsrapportene varierer når effekter oppsummeres på økonomi og brukertilfredshet. Mer forskning bør gjennomføres. Nye koordineringskostnader oppstår når teknologi innføres. Mobile trygghetsalarmer representerer en inkrementell endring/forbedring i forhold til tidligere. Ulik oversettelse av ide mellom kommunen utjevnes over tid når de vurderes mot resultat.	Avstandsoppfølging som Østfoldkommunen gjennomfører har potensiale til å bli en (radikale) innovasjon. Digitalt natt-tilsyn i Vestlandskommunen har tilsvarende egenskaper.

I utgangspunktet kunne innovasjon også vært en teoretisk innfallsvinkel til oppgaven. Da vi vektlegger å studere prosessen for gjennomføring av nye ideer representerer translasjonsteori en bedre analytisk ramme. Oversettelsesteorien har et sett metoder og regler som vi kan analysere mot. Likevel er det relevant å vurdere hvilken rolle innovasjon har spilt for innføring av ny teknologi og hvordan veilederen er benyttet. Noen av Kommunene har oppnådd til dels store økonomiske innsparinger etter hva SINTEF har kartlagt. Kvalitative gevinster er også undersøkt og vurdert i følgeforskningen. I første rekke gjelder dette opplevelsene og reaksjonene fra mottakere av hjemmetjenester og deres pårørende.

1.4 Hva menes med velferdsteknologi

I vår oppgave knyttes teknologi sammen med begrepet velferd.

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. (NOU 2011:11, s. 99).

Digitalisering er også et begrep som går igjen i dokumenter og strategier for modernisering av velferdssektoren. Med digitalisering forstår vi sofistikerte elektroniske løsninger og måten offentlig sektor åpner opp for en annen dialog med brukerne. Velferdsteknologi kan settes inn i en slik kontekst. (Greve, C., 2012).

Bruk av velferdsteknologi åpner flere mulighetsrom. Det kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne, og bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid. (Meld. St. 29, 2012-2013, side 27-29).

Etter hvert som vi har jobbet med velferdsteknologi har vi sett at dette ikke nødvendigvis handler om tekniske løsninger, men det handler om interaksjon mellom utstyr, brukere og tjenesteytere.

I vårt case har begge kommunene har innført og prøvd ut trygghetspakker og avstandsoppfølging av kronisk syke pasienter. Trygghetspakker inneholder ulike digitale alarmer og sensorer slik som elektronisk medisineringsstøtte, digitale trygghetsalarmer. Over tid har trygghetsalarmene utviklet seg til noe mer og blir nå omtalt som trygghetspakker med større funksjonalitet. Med mobilteknologi har sensorene og alarmene en helt annen rekkevidde enn tidligere. Avstandsoppfølging kan brukes når en pasient behandles hjemme, men kan nå helsetjenesten med video. Den medisinske tilstanden monitoreres og sender signaler til et mottakssenter et responscenter.

1.5 Oppgavens inndeling

I oppgaven sitt første kapittel har vi definert problemstillingen og gir en bakgrunn for dette område.

Oppgavens kapittel 2 gir vi en oversikt over de teorier som kan knyttes til tema og problemstilling. Innovasjon er valgt ut fordi de går igjen i dokumenter som omhandler dette politikkfeltet. For å forstå organisasjonsteorier om gjennomføring av nye organisasjonsideer har vi valgt ut oversettelse som sentral begrep. Teoretisk grunnlag for dette har vi utredet.

I kapittel 3 omtaler vi metoder som er benyttet. Vi har en kvalitativ og fortolkende tilnærming til hvordan kommunen har arbeidet med gjennomføring av endringene. Casesdesign er brukt som verktøy for å forme ut rammer for vår forskning.

I kapittel 4 utreder vi sektoriell politikk på helse- og omsorgsområdet i relasjon til velferdsteknologi. Vi tar utgangspunkt i sentrale virkemidler for styring og ser på hvordan organisasjon og arbeidsdeling, sammen med lover og regler og de økonomiske rammene og vedtak, knyttes opp mot innføringen av velferdsteknologi i sektoren.

Vi gjennomgår empiriske funn i kapittel 5 med hensyn til de empiriske forventningene i kapittel 2.

I kapittel 6 er funnene i kapittel 5 videre analysert med utgangspunkt i Røvik sin translasjonsteoretiske ramme.

Vi avslutter med kapittel 7 som har til hensikt å vurdere de empiriske funnene mot alternative perspektiver.

2.0 Teori

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene vil vi i dette kapitlet presentere aktuelle teorier om organisasjoner i offentlige sektor. Vi går gjennom ulike perspektiver ligger til grunn for organisasjoners funksjon og utforming og behov for å være i utvikling. Innovasjon, effektivitet og fornyelse er sentrale drivkrefter i utviklingsprosessen, og de fenomener vi studerer. Dette blir brukt som symbolikk og pakkes inn i historien som legitimerer behovet for disse endringene. Vi beskriver også ulike teorier om hvordan disse ideene spres og tas opp i organisasjonen, gjennom bla iverksetting og diffusjon. Innføringen av teknologi og teknologiutvikling er selve kjernen i vår problemstilling, og vi går derfor gjennom aktuell teori på dette område til bruk i forståelsen og analysen av våre funn.

Til slutt presenterer vi Røvik sin translasjonsteoretiske tilnærming, og argumenterer for at hans helhetlige og pragmatiske analyseapparat for implementering og ideutvikling er et velegnet utgangspunkt for å analysere våre fenomener.

2.1 Innledning

Sammenhengen mellom offentlig organisering og offentlig politikk et sentralt tema i organisasjonsteori. De viktigste deltakerne i utformingen av offentlig politikk er deltakere i formelle organisasjoner, og denne tilhørigheten påvirker deres handlemåte og dermed også innholdet i den offentlige politikken. Av det ledes at «En organisasjonsteoretisk tilnærming til offentlig sektor forutsetter at man ikke kan forstå innholdet i den offentlige politikken og offentlige beslutninger uten å analysere styringsverkets organisering og virkemåte.» (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Røvik, K.A., 2004, s.12).

Perspektiver på organisasjoners funksjon og hvilke styringsperspektiver som ligger til grunn for offentlig sektor er aktuelle for oss når vi skal se nærmere på hvordan statlig føring kommer til uttrykk som tjenester i kommunene. Bugge og Skålholt viser til at

for å forstå hvordan kommunene utvikler og tar opp i seg nye ideer om styring og tjenesteutvikling, vil det være nyttig å sette kommunen inn i et analytisk rammeverk basert på at de er en aktør i et samspill med stat, fylkeskommuner, brukere og innbyggere, privat- og frivillig sektor. I en slik tilnærming er de tre styringsnivåene politikktutforming, forvaltning og tjenesteproduksjon sentrale. (Bugge, M., & Skålholt, A., 2013). Vi vil derfor i kapitlet redegjøre for ulike måter å se organisasjoner på, og redegjøre for aktuelle styringsperspektiver

«Hva som skal til for å lykkes med overføring av ideer er et sentralt spørsmål både hos teoretikere og praktikere som ledere og konsulenter. Evnen til å fange opp relevante ideer og omforme dem til egen organisasjon sees på av mange som en forutsetning for innovasjon, vekst og suksess.» (Røvik, 2007 s. 248). Begrepene, innføre og ta opp i seg nye ideer eller produksjonsmåter er sentrale. Det bygger på en ide om at en slik overføring er en bevisst prosess og en tosidig overføring av konsepter og praksiser fra minst en kilde og til en mottagende organisasjon.

Organisasjonsteorien presenterer ulike tilnærminger for å studere prosessen rundt hvordan politiske vedtak og intensjoner blir operasjonalisert, og hvordan kunnskap og organisasjonsideer blir spredd og tatt opp i nye kontekster. Vi ønsker å presentere ulike aktuelle teorier og tilnærminger i relasjon til hvordan slike ideer oppstår, hvordan de blir spredd og hvordan de tas opp i organisasjoner.

Hovedfokuset i dette kapitlet vil være å gjøre rede for translasjonsteori og argumentere for at denne tilnærmingen er treffende i forhold til våre forskningsspørsmål. Særlig går vi inn på Kjell Arne Røvik sin tilnærming til translasjonsteori slik den er presentert i boken *Trender og Translasjoner* (2007). Røvik sine teoretiske begreper og tilnærming vil stå sentralt i vårt videre arbeid.

2.2. Perspektiver på organisasjoners funksjon i offentlig sektor.

Det er vanlig å dele mellom to teoretiske hovedskiller i måten å se organisasjoners funksjon på. Det instrumentelle perspektivet ser på organisasjoner som redskaper eller verktøy som står til disposisjon for lederne.

Det institusjonelle perspektivet åpner for at organisasjonene har egne institusjonelle regler, verdier og normer som har en selvstendig innflytelse på beslutningsadferden og som vanskelig lar seg endre av ledere.

Disse to paradigmenes skiller seg fra hverandre på tre sentrale punkter:

- Hvilken handlingslogikk som ligger til grunn for handling?
- Hvilket syn man har om hva politikk dreier seg om?
- Hvilket syn man har på endring?

(Christensen et.al, 2004).

Handlingslogikker gir et skille mellom alternative handlingsmønstre i organisasjoner, og karakteriserer i hovedsak forskjellen mellom bevisst handling og handling ut fra vaner og tidligere mønstre. Adferdslogikkene er drevet av regler for passende, eksemplarisk eller hensiktsmessig atferd. Regler følges fordi de blir sett på som naturlige, rettmessige, forventede og legitime. I kontekst av offentlig sektor refererer det vanligvis til det offentlige legitimitet og tilliten innbyggerne har til at det offentlige kan håndtere utfordringene. Konsekvenslogikk og den hensiktsmessige logikken gir et skille mellom to alternative handlingsmønstre i organisasjoner, og karakteriserer i hovedsak forskjellen mellom bevisst handling og handling ut fra vaner og tidligere mønstre. Det gir et konseptuelt utgangspunkt for studier som tar sikte på å forstå hvordan kognitive mekanismer er drivere for handling. I organisasjoner er disse logikkene implisitt i organisasjonens ulike roller. (Schulz, M., 2014).

Kitson viser til en tilsvarende teoretisk tilnærming hvor organisasjoner ses på enten som maskiner, eller som komplekse, interaktive og organiske enheter. I maskinperspektivet er handling og utvikling, logisk og rasjonelt fundert ut fra funksjon. I komplekse og organiske organisasjoner er det å utforske og lære sentrale elementer i å skape en kultur for innovasjon, stadig endring og forbedringer. (Kitson, 2009, s.221)

Innenfor de ulike teoretiske hovedskillene, er det ulike teoretiske bidrag og perspektiver. Christensen et.al.(2004) skiller i det instrumentelle perspektivet mellom en hierarkisk variant med Top -Down-styring og en forhandlingsvariant hvor det åpnes for interessehevding, kompromisser og forhandling mellom delvis motstridene og interesser. Innenfor det institusjonelle perspektivet deler de inn i det de kaller et kulturperspektiv og et myteperspektiv. Kulturperspektivet fokuserer på hvordan uformelle verdier og normer skapes ut av indre og ytre press på organisasjonen. Myteperspektivet er forestillingen om at det er et dynamisk og gjensidig

påvirkningsforhold mellom institusjonen og dets omgivelser. (Christensen et.al, 2004).

2.2.1 Røviks perspektiver på organisasjoners funksjon i offentlig sektor

Det Røvik (2007) omtaler som den modernistiske fortolkningsrammen ligger opp mot det Christensen et.al omtaler som instrumentell, mens Røviks sosialkonstruktivistiske fortolkningsramme tilsvarer Christensens et.al institusjonelle perspektiv. Utover dette er Røviks bidrag at han utvikler et tredje teoretisk ståsted som han kaller pragmatisk insitusjonalisme.

I det følgende vil redegjøre for Røviks perspektiver på organisasjoners funksjon i offentlig sektor.

2.2.2 Den modernistiske og rasjonelle tolkningsrammen

Å se på organisasjoner som verktøy eller redskaper har vært det dominerende perspektivet i organisasjonsteorien, og kan ifølge Røvik (2007) trekkes tilbake til klassiske skoleretninger og teoretikere som Taylorisme og Scientific Management via Fayols administrasjonslære og frem til dagens moderne translasjonskostnadsteorier.

Røvik (2007) viser til at i organisasjonsteorien har dette synet på organisasjoner tre klare fellesnevner;

- En klar fremdrifts og utviklingsoptimisme i form av en tro på at samfunn beveger seg mot stadig høyere nivåer av sivilisasjon i form av politisk, økonomisk, teknologisk og sosial utvikling.
- Troen på organisering ved at formelle organisasjoner regnes som er det viktigste redskapet for utvikling og formelle organisasjoner er symbolet på det moderne.
- Vitenskaps og kunnskapsoptimisme, hvor vitenskapens rolle er å bygge opp kunnskaper om hvordan ulike styringsformer og tilnærminger virker under ulike forutsetninger og vilkår, Det vil igjen og føre til en kumulativ utvikling av kunnskap og bedre styringsformer.

I et modernistisk perspektiv ansees organisasjonsenhetene til å ha stor systemlighet, med sammenfallende problembeskrivelser og i prinsippet samme type løsninger som dermed kan omsettes som en vare. Ideene utvikles av rasjonelle kunnskapsaktører som ledere, konsulenter og forskere. Felles for disse aktørene synes å være at de har god oversikt av repertoaret av ulike virkemidler for utforming av effektiv ledelse og utforming av moderne organisasjoner. Oppskriftene fremstår som verktøy for rasjonell ledelse og god organisasjonsutforming, og ideer og tilbud utvikles og endres over tid fordi organisasjoner er i stadig endring noe som både skaper nye løsninger og behov og etterspørsel etter disse (Røvik, 2007).

Antagelsen om at systemligheten er stor, har betydning for forståelsen av dekontekstualisering. Ideer, gode løsninger og beste praksiser er i prinsippet uttakbare og overførbare til andre organisasjoner på en slik måte at gode resultater med stor sannsynlighet kan reproduseres. (Szulanski 1996, Szulanski og Winter 2002 i Røvik 2007). I beste praksis litteraturen er tanken at gode løsninger identifiseres gjennom rasjonelle søke- og sammenligningsteknikker (benchmarking), og uthenting av ideen eller praksisen skjer ved bruk av rasjonelle teknikker. Utfordringen er å eksplisere (tydeliggjøre) og kodifisere den lokale praksis, med andre ord å lage en nøyaktig, statistisk modell eller representasjon av den observerte praksis.

Kontekstualisering i en modernistisk fortolkningsramme forutsetter at mottakersiden består av rasjonelle, kritiske og motiverte etterspørrere. Troen på at man kan reprodusere gode resultater i nye organisasjoner med tidligere utprøvde og testede oppskrifter, er en forutsetning for å lykkes. I et modernistisk perspektiv, bør en implementering fremstå som en instrumentell installasjon, ovenfra og ned og med ledelsen i en sentral rolle. (Røvik 2007).

2.2.3 Den sosialkonstruktivistiske orienteringen

Den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen er dominerende innenfor ulike institusjonelle tilnærminger og plattform for mange postmoderne bidrag organisasjonsteorien. Paradigmet har ifølge Røvik (2007) tre sentrale kjennetegn:

- Den sosialkonstruerte virkelighet, som hevder at selv om organisasjoner befinner seg i omgivelser som kan fremstå og oppfattes som naturgitte, er disse likefult sosialt skapt. De er ikke objekter, men objektivert i betydningen virkeliggjort. Karl E. Weick (2003) mener ifølge Røvik at de enkelte organisasjoner selv bidrar til den sosiale konstruksjonen (Weick i Røvik 2007, s.47).
- Skepsis til en positivistisk organisasjonsvitenskap, ved at man er generelt kritisk til den modernistiske visjonen om en organisasjonsvitenskap som bla skal bidra med universelt anvendbare prinsipper for design, styring og ledelse. Bakgrunnen for skepsisen er erkjennelsen at organisasjoner er kontekstbetingede sosiale konstruksjoner, og ikke naturgitte fenomener som fungerer i henhold til rom og tidløse lovmessigheter.
- Redskapsskepsis som vil si en kritisk holdning til at organisasjoner utelukkende er redskaper for å måloppnåelse.

Man legger i vekt på at organisasjoner skaper etterspørsel og tilbud av oppskrifter fordi disse representerer modernisering gjennom forandring, fornyelse og effektivisering. Nye organisasjonsideer anses ikke som erfarings- og kunnskapsbaserte verktøy, men snarere som symboler organisasjonene etterspør for å vise at de slutter seg opp om populære verdier som effektivitet, rasjonalitet og fornyelse (Røvik, 2007).

Meyer og Rowan (1977) snakker om en form for rasjonaliserte myter. Dette defineres som en «ikke rasjonelt og vitenskapelig tro på at en organisasjonsoppskrift er begrunnet rasjonelt og vitenskapelig». (Meyer og Rowan (1977) i Røvik 2007 s.51) Denne sterke troen på rasjonalitet og vitenskap danner grunnlaget for en ledelsesindustri som i stor grad omfatter konsulenter, ledelsesguruer og populariserende forskere. (O'Shea og Mardigan 1997, Ernst og Kieser 2002 i Røvik 2007). Disse aktørene sitter ikke nødvendigvis erfaringsbasert kunnskap, men har sin styrke i å fremstille eller pakke ideer på en slik måte at de fremstår som redskaper og

symboler på organisatorisk modernisering (Gruber 2006, i Røvik 2007). Ved å benytte seg av sosial autorisering av ideene og knytte dem mot innflytelsesrike og suksessfulle aktører. Slik gis ideene økt oppmerksomhet, legalitet og kredibilitet. Noe som reduserer behovet for vitenskapelig dokumentasjon av ideens effekt. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv anses organisasjonsoppskrifter å være flyktige og lite substansielle (Røvik, 2007).

Røvik (ibid.) viser til at det i sosialkonstruktivistiske forskningsmiljøer i liten grad har fokus på dekontekstualisering. Fokuset i retningen er mer på selve den sosiale konstruksjonen av ideer slik at de fremstår som modernitetens symboler, enn av identifisering og overføring av gode praksiser. Selv om de fremstilles slik, er det en skepsis blant sosialkonstruktivister til at populære organisasjonsoppskrifter har en historie som effektive verktøy. Det hevdes blant annet at disse historiene i seg selv er sosialkonstruktivistiske for å autorisere historiens omdømme. (Kieser 1997, Staute 1996 i Røvik 2007).

En annet fremtredende trekk ved et sosialkonstruktivistisk perspektiv, er at man antar at organisasjonsoppskrifter ikke trenger særlig dypt inn på mottakssiden.

Organisasjoner og leder gis en legitimerende retorikk, mens praksisfeltet styres av en reell effektivitetslogikk og blir stort sett uberørt (Røvik, 2007).

2.2.4 Pragmatisk insitusjonalisme

Røvik (2007) hevder at to foregående paradigmen har polariserende og enten eller, forklaringer. Som en tilnærming lanserer han en ny pragmatisk posisjon inspirert av både av det modernistiske og sosialkonstruktivistiske paradigmet. Dette teoretiske ståstedet kaller han Pragmatisk insitusjonalisme. Tilnærmingen ligger i spenningsfeltet mellom de to polene, og fokuserer på den grunnleggende tvetydigheten ved fenomenene som studeres. Tvetydigheten ligger i at innholdet kan oppfattes på forskjellige måter med ulikt betydningsinnhold.

Gjennom empiri mener Røvik (2007) at en ved å holde seg innenfor rammen av en av de to forklaringsmodellene, vil oppleve at kartet ikke stemmer med terrenget. Dette fordi teoriseringsen kun skjer på et abstrakt nivå og utenfor empirien. Ved å studere tilbud, overføring, mottak og utnytting av organisasjonsideer i praksisfeltet vil man empirisk oppleve at og hvordan modernistiske- og sosialkonstruktivistiske

logikker er kjedet sammen på mange og komplekse måter. En pragmatisk posisjon må ta høyde for at empiriske observasjoner kan være både redskaper som gir instrumentelle effekter, og samtidig sosialkonstruerte symboler med meningsskapende legitimerende effekter. Dette skyldes at populære organisasjonsideer først og fremst er modernitetens og rasjonalitetens ideer. Historier om ideens eller oppskriftens effekt er redskaper som gir en legitim kraft som symbol på effektivitet. Det fordrer at historien om ideens fortreffelighet utformes i en realitetsmodus, som en slags dokumentar fra praksis og gir et bilde på forventede effekter.

Behov for, og etterspørsel etter organisasjonsoppskrifter har ulike motivasjoner i de to paradigmene. I følge Røvik (2007) må en pragmatisk logikk være åpen for at etterspørsel har sitt utspring i en kompleks dobbel logikk. Med det menes at etterspøreren oppfatter seg som en rasjonell aktør, som samtidig som han ofte motiveres av den selvstendige kraften som ligger i å implementere symboltunge ideer. Røvik (2007) peker på at en slik tvetydighet ikke lar seg oppklare ved bredere innsikt og kunnskap. Det er en form for grunnleggende tvetydighet, eller et grunnleggende stabilt trekk ved fenomenet som studeres, nemlig aktørens intensjoner.

2.3 Ulike styringsperspektiver i offentlig sektor

Hartley, Sørensen, & Torfing, (2013) peker på tre styringsparadigmer i moderne offentlig sektor. Disse har ulike tilnærminger til innovasjon og utvikling av offentlig sektor.

New Public Management (NPM) perspektivet med fokus på markedskonkurranse og adopsjon av bedriftsøkonomiske verdier og mål som drivere i offentlig innovasjon, har vært sentralt i moderne offentlig sektor de siste 40 årene. Halvorsen (2005) viser til at NPM i seg selv kan sees på som en innovasjon og kom som et svar på kritikken mot det det Weberianske byråkratiet. Styringsprinsippene, konsekvensene og resultatene fra NPM har vært omstridt, blant annet fordi man hevder at tjenesteutforming og politikk har blitt adskilt, og fordi mange hevder at effektivitet og økonomiske kriterier alene ikke bidrar til å løse komplekse samfunnsoppgaver. Konkurranseselementet blir

kritisert for å virke suboptimalt på slike sammensatte samfunnsutfordringer. (Halvorsen et al 2005, i Bugge & Skålholt, 2013),

Byråkratiet blir sett på som ineffektivt, regelstyrt og rettferdig, og med lite rom for innovasjon og utvikling utover store nasjonale satsninger initiert fra staten. Det gjør at det som er av innovasjonskraft kommer ovenfra og ned i forvaltningsnivåene. Som et svar på kritikken mot NPM, viser mange teoretikere til at det er utviklet en mer moderne versjon av byråkratiet, et såkalt Ny-Weberiansk byråkrati. Dette kommer som et resultat av et ønske om å utvikle en modifisert versjon av offentlig administrasjon som forener byråkratens tradisjonelle dyd med enkelte elementer i NPM, samt å utvikle nye måter å organisere på. Det legges implisitt vekt på organisatorisk entreprenørskap i regi av offentlige ledere, ledere og fagfolk. Entreprenørskap fremmes av en offentlige reformer og styrking av ledelse. (Hartley, Sørensen & Torfing, 2013).

New Public Governance, eller nettverksstyring, er et styringsperspektiv som viser til at det finnes økende grad av empiri på at samarbeid mellom ulike aktører og sektorer kan fremme offentlig innovasjon. (Roberts and King, 1996; Eggers and Singh, 2009; Bommert, 2010, i Hartley et.al 2013). Samarbeidende innovasjon i den offentlige sektoren kommer både fra teorier om nettverksstyring og fra teorier om hva som skjer gjennom samarbeidsprosesser mellom organisasjoner. Det er også hentet fra inspirasjon fra innovasjonsteori i privat sektor gjennom hvor utvikling kan skje gjennom sosialt entreprenørskap (Phills et al. 2008 i Hartley et.al 2013) samskaping (Prahalad og Ramaswamy, 2004 i Hartley et.al 2013) og åpen innovasjon (Chesbrough, 2003 i Hartley et.al 2013). I slike nettverksorganiseringer forsvinner skillet mellom politikktutforming og tjenesteutvikling, og gevinsten knyttes til at man greier å se ulike samfunnsutfordringer i sammenheng.

Bugge & Skålholt (2013) viser i sin forskning på norske kommuner at alle tre overnevnte styringsparadigmene sameksisterer i empirien i offentlig sektor i Norge. Det tradisjonelle hierarkiske byråkratiet står fortsatt sterkt og er det dominerende styringsperspektivet, men at NPM tilnærmingen spiller også en vesentlig rolle for utviklingen av offentlig sektor. Kunnskapsutvikling og læring gjennom nettverk fremstår mer sporadisk og tilfeldig, og bærer mer preg av å prosjektbasert enn å være en systematisk og helhetlig tilnærming. I den grad de tre styringsparadigmene sameksisterer hevder Bugge & Skålholt (2013) at det kan være et uttrykk for

motstridene forventninger til kommunale tjenester, og at hver for seg har sine styrker og svakheter. I tilfeller der det er behov for en toppstyrt utvikling med tydelige beslutninger passer det tradisjonelle byråkratiet godt. I situasjoner hvor det skal utvikles måter å levere tjenester på innenfor en stabil daglig drift har NPM tilnærmingen noen tydelige fordeler. På tross av lite empiri på sam- og nettverksbaserte perspektiver, kan den tilnærmingen være egnet til å løse wicked problems, eller sammensatte utfordringer på samfunnsnivå.

2.4 Ulike teoretiske tilnærminger til organisasjonsutvikling

Begrepene innovasjon, organisasjonsideer og nye produksjonsmåter omtales ofte i organisasjonslitteraturen som ulike variasjoner av samme fenomener. Røvik definerer en organisasjonsoppskrift som «en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon.» (Røvik1998 s.13) I vår oppgave står innføring teknologi som et verktøy for å effektivisere og forbedre omsorgstjenester i kommunene sentralt. Vi vil i vår tilnærming argumentere for at innføring av teknologi i tjenesteproduksjonen slik den fremstår i norske kommuner, kan sees på som et uttrykk for en form for prosesstilnærming til organisasjonsutvikling. Prosesstilnærminger kjennetegnes blant annet ved at de handler om å være kontinuerlig opptatt av å utvikle nye verdiskapende prosesser og effektivisere eksisterende prosesser gjennom innsats for å måle og forbedre dem. (Røvik 2007).

2.4.1 Innovasjonsteorier (Innovasjon i offentlig sektor)

Med en lovnad om å både reformere og forbedre produksjonen av offentlige tjenester, har begrepet innovasjon blitt et av de mest sentrale og populære begrepene blant praktikere og beslutningstakere i offentlig sektor de siste 40 årene. (Osborne og Brown, 2011).

Innovasjon i offentlig sektor er et høyaktuelt tema i Norge, men det er fremdeles knyttet usikkerhet til hva innovasjon i offentlig sektor er og skal være. Noe av usikkerheten skyldes at offentlig sektor blir regnet som motstykket til en privat sektor som på grunn av markedsdynamikken og jakten på økonomiske gevinster nærmest tvinges til innovasjon og utvikling for å være lønnsomme (Røste, R., 2013).

Joseph Schumpeters studier på 1930-tallet utvidet innovasjonsbegrepet fra kun å gjelde for teknologiske nyvinninger, og allmenngjorde det slik at det også omfattet offentlig sektor. Initiert pekte Schumpeter på entreprenøren som iverksetteren av innovasjon, men han senere utvidet entreprenørrollen til å gjelde samspillet mellom store foretak, universiteter og forskningsinstitusjoner. Et slikt innovasjonssystem kan ses på fremvoksende og dynamisk utviklingskoalisjon mellom mange aktører som er gjensidig avhengige i arbeidet med å realisere innovasjon. (Chesborough i Teigen, H., 2013).

Offentlig sektor utgjør en vesentlig del et slikt innovasjonssystem, og representerer et stort innovasjonspotensial. Sektoren har en høykompetent arbeidsstyrke, disponerer store ressurser og har ofte et langsiktig perspektiv. Både gjennom rollen som stor innkjøper av varer og tjenester og som premissleverandør i forhold til tilskuddsordninger og krav og lovgivning, ligger det også et stort potensial for å fremme innovasjon både i privat og offentlig sektor. (Bugge & Skålholt, 2013).

I forskningslitteraturen finnes det utallige definisjoner av innovasjon, samtidig som det er konsensus om at de fleste av disse ikke er dekkende for fenomenet det er tenkt å beskrive. Innovasjon er som regel definert i generelle vendinger, og ofte med utgangspunkt i Rogers definisjon av innovasjon som «en ide, praksis eller objekt som oppfattes som nytt av en person eller en annen enhet som tar denne opp i seg». (Rogers, 2003, i De Vries et.al, 2016 s.152).

Et sentralt funn hos De Vries et.al er at det er få studier som refererte til innovasjon i kombinasjon med brudd på gammel praksis. Dette anses for å være en svakhet og det argumenteres for at en ved å inkludere brudd på eksisterende praksis, åpner opp for å skille mellom innovasjon og inkrementell endring. (De Vries et.al 2016).

Osborne og Brown (2011) viser til at dette er et nødvendig å skille. Å ikke skille mellom endring og radikal innovasjon er til hinder for å tilrettelegge for og gi næring til, reformer og forbedringer til offentlige tjenester. Dette paradigmet blir delvis imøtegått av Fagerberg et.al som hevder at en nyskapning kan fremstå som radikal, men er ved at den bygger videre på etablert praksis, er ko-evolusjoner i betydningen av å være i samtidig utvikling med flere ideer og praksiser som er i et avhengighetsforhold til hverandre. Disse utvikles i en dynamisk prosess mellom den etablerte teknologiske praksis og det sosioøkonomiske systemet bedriften er en del av (Fagerberg i Røste, 2013).

Bingham viser til at mange studier viser at innovasjoner blir tatt opp i ulike organisasjoner med en spredningskurve som ligner på bokstaven S. Det betyr at man initiert ser en treg spredning og adopsjon av innovasjoner, før innovasjoner så tar av og blir populære med relativt høy andel organisasjoner som velger å ta dem i bruk. Senere avtar takten. Denne prosessen kan gjerne ta 20-30 år, noe som stiller spørsmålsteget ved tidsaspektet i begrepet om innovasjoner skal være noe nytt. (Bingham 1978).

Bugge og Skålholt viser til to definisjoner på innovasjon som er rettet mot offentlig sektor. Bason definerer innovasjon i offentlig sektor som «en prosess for utvikling av kreative ideer som så blir implementert i nye løsninger som gir verdi for samfunnet.», mens Albury beskriver vellykket innovasjon som «utforming og implementering av nye prosesser, produkter, tjenester og leveringsformer som fører til vesentlige forbedringer av effekter, effektivitet, prestasjoner eller kvalitet». (Bugge & Skålholt, 2013, s.55)

I vår kontekst er det naturlig å se på hvordan aktørene i vår forskning definerer begrepet. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) har utviklet et prosessverktøy for innovasjon i kommunene hvor man referer til innovasjon som nytt, nyttig og nyttiggjort. Her presiseres skillet innovasjon og utvikling, ved at det skal være nytt eller vesentlig endring, og det forutsettes også at innovasjonen er tatt ut av idestadiet og tatt i bruk. «Nytt, en ny løsning som ikke har eksistert før, eller en eksisterende løsning som blir tatt i bruk på et nytt område. Nyttig, løsningen skal dekke et behov, altså løsningen skal virke. Nyttiggjort, løsningen skal være tatt i bruk.» (KS, 2015). Bugge og Skålholt (2013) viser til sine funn i norske kommuner, hvor kommunene peker på at de fleste innovasjonene de tar i bruk kun er nye i sin kommune, noe som styrker oppfatningen om at innovasjon og nye styrings- og produksjonspraksiser oppfattes som to sider av samme fenomen.

I vårt videre arbeid legger vi til grunn KS definisjon av innovasjon og at innovasjon kan sees på som en prosess uten å nødvendigvis å måtte skille mellom radikal innovasjon og inkrementell endring.

Gjennom Schumpeters allmengjøring av begrepet, åpnet han opp for at innovasjon kunne omfatte mange ulike former for nyskaping, og delte dem opp i introduksjon av nytt produkt eller tjeneste, introduksjon av en ny produksjonsmåte, inntrenging i nye

markeder, bruk av en ny råvare eller halvfabrikata og ny organisering (Teigen, 2013). Det argumenteres for at å skille mellom ulike typer for innovasjon er nødvendig for å forstå en organisasjons innovative adferd. Dette fordi organisasjonene har ulike karteristika, og prosessen med å adoptere innovasjoner påvirker ulike organisasjoner ulikt. (Walker 2006, i De Vries et.al. 2016).

Ut fra sin gjennomgang av innovasjonslitteraturen, definerer De Vries et.al fire ulike typer innovasjoner. I følge Damanpour (Damanpour 1992, i De Vries et.al. 2016) omtales de ulike typene av innovasjon i privatsektor som dimensjoner av innovasjon. De Vries et.al anser at både dimensjoner og typer referer til de samme fenomenene, og de brukes om hverandre. Med utgangspunkt i innovasjonenes hovedmål ble de ulike studiene de Vries et.al gikk gjennom, allokert til de ulike kategoriene, og de påpeker selv at i praksis vil disse kategoriene ofte være overlappende.

Tabell 2.1- Innovasjonstyper

Innovasjonstype	Fokusområde	Referanse	Eksempler
Prosess innovasjon	Kvalitets og effektivitets forbedringer av interne og eksterne prosessere.	Walker (2014)	
Prosess innovasjon	Utvikling av nye organisasjonsformer, innføring av ny ledelses metoder, teknikker og metoder.	Meeus and Edquist (2006)	Opprettelsen av et «one shop» tjeneste torg hvor innbyggeren får tilgang til ulike tjenester på samme sted.
Teknologisk prosess innovasjon	Utvikling av og introduksjon av ny teknologi i en organisasjon med hensikt å endre tjenestene for brukere og innbyggere.	Edquist et al. (2001)	Digital evaluering av skatt
Produkt eller service innovasjon	Innføring av nye offentlige tjenester eller produkter.	Damanpour and Schneider (2009)	Opprettelse av uføreytelser for ungdom
Styringsinnovasjon	Utvikling av nye måter og prosesser for å løse bestemte samfunnsutfordringer	Moore and Hartley (2008)	Styringspraksis som forsøker å forsterke selvregulerende og selvorganiserende kapasitet i policy nettverk.

Konseptuell innovasjon	Innføring av nye konsepter, referanserammer eller paradigmer som verktøy for å redefinere spesifikke utfordringer og mulige løsninger.	Bekkers et al. (2011)	Innføringen av et nytt paradigme i måten man ser på personers manglende arbeidsevne. Fremfor å se på hva en person ikke kan gjøre, settes det fokus på hva man faktisk har potensial for å gjøre på tross av begrensningene.
-------------------------------	--	-----------------------	--

(De Vries et.al. (2016). s 153).

2.4.2 Prosess- og teknologinnovasjon i offentlig sektor

De Vries et al. (2016) viser til at prosessinnovasjon og produkt/service innovasjon er de mest sentrale. Dette sammenfaller med resultatene i Teigens forskning på norske kommuner (Teigen 2013). De Vries et al. (2016) betegner prosessinnovasjon som kvalitets og effektivitets forbedringer av interne og eksterne prosesser. De skiller videre mellom prosessinnovasjon som utvikling av nye organisasjonsformer, innføring av nye ledelsesmetoder, teknikker og metoder, og teknologisk prosessinnovasjon som utvikling av og introduksjon av ny teknologi i en organisasjon med hensikt å endre tjenestene for brukere og innbyggere. Særlig teknologisk prosessinnovasjon kan være en nyttig innfallsvinkel når vi analyserer prosessen med innføring av teknologi i helsesektoren. Edquist, Hommen & McKelvey (2000) beskriver prosessinnovasjoner som nye måter å produsere varer og tjenester på, definert ut fra hvordan eksisterende tjenester blir produsert. Siden man ser på metode, kan en prosessinnovasjon innebære både teknologiske- og organisatoriske endringer. En produktinnovasjon gir et nytt produkt, men når dette produktet blir brukt til å produsere andre produkter eller tjenester, endres eller opprettes det en ny produksjonsprosess, som defineres som en teknologisk prosessinnovasjon.

Organisatoriske prosessinnovasjoner er å nye og mer produktive måter å organisere produksjonen av varer og tjenester på. (Edquist et al. S,129. (2000).

I følge Rosvold & Gursli-Berg (2018) er teknologi læren om teknikker, dvs. de fremgangsmåter og hjelpemidler som brukes for å omdanne et råstoff til ferdige produkter. Begrepet både kan ha en praktisk og en teoretisk betydning, og det er et krav for begge betydningene om at kunnskapen skal være formålsrasjonell, enten i form av å være anvendelig eller samfunnsnyttig. I produksjon skiller man mellom mekanisk- og kjemisk teknologi, mens det i vitenskapen er en betegnelse på kunnskap som kan benyttes til å utvikle nye teknikker eller produkter.

P.K. Hansen (Hansen, 2018) hevder det er en forutsetning for utvikling av teknologi at ressurser som kapital, materialer og kunnskap i form av mennesker er til stede. Spredning og adopsjon er knyttet opp mot at de dominerende sosiale gruppene i samfunnet må akseptere og ta opp i seg ideene for at ideene skal kunne spres og utvikles videre.

Hansen viser til R.L. Custers (1995) fire dimensjoner ved teknologi, hvor teknologi som gjenstand er den tradisjonelle forståelsen av teknologi. Begrepet kulturgjenstander peker tilbake på at kulturen man er en del av påvirker hvilke typer gjenstander som utvikles. Samtidig vises det til at gjenstander påvirker menneskene, noe som gir rom for å tolke de systemer mennesker har utviklet for å utvikle mer teknologi, i seg selv er en form for teknologi. Teknologi ses også på som kunnskap, og Custer (Custer i Hansen 2018) viser til at det i utgangspunktet finnes et naturlig skille mellom teknologisk utvikling og vitenskapelig forskning. Skillet illustrerer han som forskjellen mellom «know how», og «know why». Know how viser til teknologi som målrettet skapning av nye gjenstander og prosesser gjennom ulike prosesser fra et empirisk utgangspunkt. Know why er forskning av autonome forskere som gir grunnleggende kunnskap om naturens fenomener.

Teknologi som prosess handler om å utvikle ny teknologi. De som er i denne prosessen har som tilnærming at den nye løsningen eller produktet skal møte krav fra omverdenen i forhold til at det er effektivt, knyttet opp mot en etterspørsel til en kostnad som er konkurransedyktig mm. Disse problemløsningsprosessene har ulik grad av kompleksitet knyttet opp mer eller mindre klare mål, og Custer (Custer i Hansen 2018) deler dem inn i fire ulike teknologiske prosesser feilsøking og -retting,

produktutvikling, finne opp nye produkter og designe produkter, hvor de som deltar i de ulike prosessene større eller mindre grad kan knyttes ulike personlighetstrekk.

Teknologi kan også ha effekter som går ut over teknologiens opprinnelige intensjoner, og kan være en kilde til makt. Spørsmålene om i hvilken grad er teknologi utgjør makt eller en kraft som påvirker kulturen, og i hvilken grad menneskene er i stand til å kontrollere teknologien og dens påvirkning er derfor et viktig. (Custer i Hansen 2018).

2.4.3 Iverksettingsteori

En slik tilnærming for å se nærmere på og å analysere hvordan politikk blir omsatt til praksis er iverksettingsteori. Ifølge Offerdal (2014) handler iverksettingsteori om hva som skjer etter et politisk vedtak, og det er fastlagt en politikk på et samfunnsområde. På ferden fra politisk vedtak til praktisk politikk, har aktørene som operasjonaliserer de politiske vedtakene stor mulighet til påvirkning på hva som faktisk bli satt ut i live. Fra statens side blir kommunene brukt som iverksettingsorganer for statlig politikk, og forholdet mellom dem har blitt sett på som autonomt med en klar arbeidsdeling. Økt vekst i oppgaver og størrelse på kommunene, har over tid ført til en profesjonalisering av kommunene som organisasjoner. Begge styringsnivåene har nå ansvar innenfor de samme oppgavene og dermed en integrasjon mellom styringsnivåene i relasjon til oppgavene som skal løses. Økte ansvarsområder for kommunene har ledet til endringer i samspillet mellom lokalpolitikere og kommuneadministrasjon. Politikerer har mindre detaljinnsikt i administrasjonens disposisjoner og dermed også politikkenes effekter i praksis, så sant det ikke iverksettes særskilte undersøkelser. Som en konsekvens av denne utviklingen har det oppstått et økende behov for iverksettings og evalueringsundersøkelser (Offerdal, 2014).

Skillet mellom vedtak og iverksetting er ikke identisk med skillet mellom politikk og administrasjon, og kan ifølge Offerdal (2014) kan sees på som to ulike politiske arenaer. Det er satt visse krav til hvilke aktører som anses som legitime, hvilke problemstillinger som kan behandles, hvilke verdier og situasjons oppfatninger som er gjellende. I iverksettingsfasen foreligger et politisk vedtak som setter rammer for iverksettingen, og eventuell påvirkning av innhold må skje innenfor dette

rammeverket dersom iverksettingspolitikken skal anses som legitim. Med en slik tilnærming er selve det politiske vedtaket begrensningen for de ulike påvirkningsprosessene for lokalpolitikere og administrasjonen i iverksettingen av politikken (Offerdal, 2014). Studier av iverksetting handler i stor grad om å kartlegge disse begrensningene, både hos de som utformer vedtakene i de lokale iverksetterne. Særlig fokus har de lokale iverksetterne og hva som påvirker deres handlinger når de samhandler med klienter og allmenheten. En slik kartlegging av begrensninger vil kunne gi anbefalinger for god iverksetting og har dermed betydning for valg av iverksettingsstrategi.

I forskningen har det vokst frem et utall modeller og tilnærminger som søker å forklare prosessen med implementering, noe som har ført med et desto større antall forklaringsvariabler med ulik grad av samvariasjon. Offerdal viser til at på tross av det eksplosive antallet forklaringsvariabler, finnes det kun et fåtall grunnleggende tilnærminger og forklaringsvariablene i seg selv forholdsvis enkelt lar seg kategorisere. Det har utviklet seg to hovedtilnærminger, en som ser iverksettingsprosessen oven fra og ned, og en som ser den nedenfra og opp (Offerdal, 2014).

Ovenfra og ned tilnærmingen tar utgangspunkt i sentralt initierte målsetninger og vurderer i hvilken grad målsetningene får gjennomslag nedover i organisasjonen. Tilnærmingen har klare likheter med både et rasjonelt instrumentelt og modernistisk organisasjonsperspektiv. Målsetningene er som regel gitt i form av politiske vedtak, og det sentrale kriteriet for en vellykket iverksetting er om organisasjonspraksisen samsvarer med målsetningene. Utover å beskrive prosessen, har denne tilnærmingen også klare innslag av å komme med anbefalinger på hva som kreves for å oppnå en vellykket iverksetting. Disse anbefalingene kan ifølge Offerdal knyttes til tre sentrale forhold; Klare mål med bakgrunn i en gyldig teori, klar autoritetsstruktur og oppslutning fra effektive iverksettere lokalt. Klare mål er ofte vanskelig å formulere, og kommer ofte i form av intensjoner om retning innenfor et politisk område og som et resultat av politiske hestehandler som ønsker å favne mange meninger. Dette, sammen med stadig mer delegert myndighet nedover i organisasjonen, åpner i for tolkning og utøvelse av skjønn hos de som implementerer. Det er også en fare for at konkrete vedtak kommer i konflikt med

vedtak fra andre politikkområder og ikke lar seg realisere fordi det mangler en helhetlig tilnærming.

Klare mål åpner for sterke motstand hos lokale meningsmotstandere med ansvar for iverksettingen nettopp fordi mangelen på muligheter til å tolke og påvirke gjør politikken mer rigid og åpner i større grad for en for eller imot holdning hos iverksetterne. Effektiviteten kan også bli påvirket av iverksetternes evne til omstilling. Nye vedtak fører ofte med seg nye måter å produsere tjenester eller endringer i praksis som både kan bety et brudd med gammel praksis. Som regel er det den gamle organisasjonen som skal iverksette endringene, og vedtakets kompleksitet påvirker derfor iverksettingen (Offerdal, 2014).

Nedenfra og opp tilnærmingen kommer som en motreaksjon mot ovenfra og ned tilnærmingen. Både styringsiveren og styringsoptimismen o ovenfra og ned møter motstand. Fokuset i denne tilnærmingen handler mer om hvordan og i hvilken grad en iverksettingsprosess bidrar til å løse et samfunnsproblem. I denne tilnærmingen er ikke iverksetterne predefinert, og de offentlige vedtakene er i ulik grad relevante for løsningen. Det å identifisere aktører er ansett som en sentral oppgave. Forskjellene mellom de to tilnærmingene gjør at Offerdal stiller spørsmålsteget ved om de faktisk tar for seg de samme fenomenene, og knytter dette mot at ovenfra og ned tilnærmingen i stor grad fokuserer på i hvilken grad offentlige vedtak blir iverksatt, uten å ta inn over seg effekten vedtaket har på å løse det samfunnsproblemet som var utgangspunktet for vedtaket. Mao kan det beskrives som forskning på om de offentlig ansatte gjør det de skal gjøre, og effekten av vedtaket blir overlatt til evalueringsstudier. Samtidig viser Offerdal til at sentrale teoretikere innenfor ovenfra og ned tilnærmingen forutsetter at politikken er fundamentert i gyldige teorier. Disse teoriene om å innbefatte hvordan ikke offentlige aktører forholder seg politikken som blir ført. Det vil si at teoriene som ligger til grunn bygger både på administrative teorier og det han kaller substantiv teori, som omhandler hvilke tiltak som må iverksettes for å løse samfunnsproblemet politikken er rettet mot. Med de forutsetningene blir forskjellene mellom de to tilnærmingene mindre.

Styrken til nedenfra og opp tilnærmingen er at den fokuserer på den substansielle teorien og spørsmålet om hvordan politikk kan utformes for å oppnå ønsket effekt. Det er også en metode for å kartlegge iverksettingsstrukturene, samtidig som det er svakere på anbefalinger som går på organisering og det å møte motstand i

forvaltningen eller andre sterke interesser i samfunnet. Et annet skille mellom de to tilnærmingene er at ovenfra og ned, i større grad er preskriptiv og normativ, mens nedenfra og opp er mer empirisk og deskriptiv, og dermed gir en bedre beskrivelse på hva som faktisk skjer. Det metodiske hovedskillet mellom de to tilnærmingene går ifølge Offerdal, i kartleggingen av iverksettingsstrukturene. (Offerdal, 2014)

Det er gjort flere forsøk på å forene de to tilnærmingene, og en av de sentrale argumentene er at iverksetting forutsetter prosesser som går både ovenfra og ned og nedenfra og opp. Politikk som skal gjennomføres er dynamisk og i stadig samspill mellom intensjoner og realiteter. Offerdal viser til Richard Elmore (1985 i Offerdal, 2014), som skiller mellom det han kaller forward- og backward mapping.

Framoverskuende kartlegging betyr å styre ut ovenfra og ned med basis i kunnskap man til enhver tid har, mens baklengskartlegging består i å ta utgangspunkt i gitte samfunnsproblemer og forsøke å se hvilke tiltak det offentlige trenger å produsere for å løse problemet og føre denne kunnskapen tilbake til overordnet nivå i organisasjonene. Å se de to tilnærmingene i sammenheng, gjør iverksetting til en dynamisk toveis prosess hvor endringer i politikken utvikler seg over tid.

Denne måten å se iverksetting som en sirkulerende prosess videreføres av Barrets & Fudges (1981) i Offerdal (2014). De ser på iverksettingsprosessen som et samspill mellom handlende og forhandlende aktører og som en prosess som veksler mellom aksjon og interaksjon. Iverksetting som en forhandlingsprosess viser til at det foregår en tilpasning av politikken ut fra ulike tolkninger av innholdet, situasjonen den skal settes inn i, hva som er resultatet av og om resultat er vellykket eller ikke (Barrets & Fudges, 1981 i Offerdal, 2014). I en slik tilnærming blir ikke implementering en ensidig tilnærming der suksess er knyttet opp til en lineær sammenheng mellom mål, middel og resultater, men som en prosess hvor felles forståelsesrammer utvikles over tid. Utviklingene av disse rammene kan være en del av organisatorisk historie som legger føringer for senere forhandlinger, og således være en vesentlig forutsetning i ovenfra og ned perspektivet.

Majone og Wildavsky (1978) i Offerdal (2014) viser til at mangler ved politikken ofte ikke kommer til uttrykk før ved implementeringen. Innholdet i politikken er gitt som muligheter, og gjennom iverksettingsprosessen vil disse manifestere seg i konkrete handlinger og problemet vil kun være forstått når det er løst. De trekker frem at

begrepet omforming av politikk er mer treffende en utforming for å beskrive hvordan politikk vokser frem. (Majone & Wildavsky, 1978 i Offerdal 2014)

Paul Berman skiller mellom programmerte (ovenfra og ned) og tilpassede (nedenfra og opp) iverksettingsmodeller, og presenterer fem ulike forutsetninger som han mener har betydning for hvilken av de to modellene som er mest hensiktsmessig. Variablene er endringsomfanget politikken legger opp til, gyldigheten til den tekniske teorien som ligger til grunn, grad av konsensus i den iverksettende organisasjonen, organisasjonsstrukturen og omverdens stabilitet. Generelt er programmert iverksettingsmodell hensiktsmessig dersom endringene er små, sammenhengen mellom mål og middelet er kjente, høy grad av konsensus, organisasjonsstrukturen er tett koblet opp mot endringen og omgivelsesforholdene er stabile. Bermans tilnærming gir et verktøy for å se på sammenhengen mellom politikken og omgivelsene den skal inn i for å forklare utfall av iverksettingsprosesser. Slik blir utfallet ikke bare knyttet til kvaliteten på vedtaket som skal innføres, men også på hvordan organisasjonsstrukturen passer til politikken og videre hvordan den samhandler med omgivelsene. En slik tilnærming kan brukes til å forklare variasjoner i utfall av samme politikk på i eksempelvis ulike kommuner (Berman, 1980, i Offerdal 2014).

Rothstein (1998) viser til at statens kapasitet til å gjennomføre politikk avhenger av to sentrale faktorer. Disse er hvor sikker kunnskap politikken bygger på, og i hvilken grad den iverksettende organisasjonen er stand til å lære av erfaringer og dermed kompensere for manglende kunnskap. Denne kapasiteten påvirkes også av at politikken som søkes gjennomført oppfattes som legitim, i form av at den oppfattes i tråd med hva som anses som rett og rimelig (Rothstein, 1998, i Offerdal 2014).

Felles for disse tilnærmingene er at de tar utgangspunkt i situasjon politikken skal inn i, og forsøker å forklaringsmodeller på hva som påvirker iverksettingen av politikk.

Offerdal viser til at det er mange utfordringer som må løses innenfor iverksettingsfeltet og at studiet av iverksetting ikke har gitt de resultatene som man hadde håpet på. Hans standpunkt er at det kanskje er mest hensiktsmessig med en snever definisjon av iverksetting som studerer samsvar eller mangel på samsvar mellom politisk vedtak og utførelsen av praktisk politikk i forvaltningen. Andre

fenomener knyttet til denne prosessen bør kunne studeres under andre forskningstemaer (Offerdal, 2014).

2.4.4. Spredning og opptak av organisasjonsideer

Hvordan innovasjoner og organisasjonsideer spres og tas opp i organisasjoner er hovedtema for vår oppgave. I likhet med hvordan ideer oppstår finnes det en rekke teoretiske tilnærminger til hvordan de spres. En sentral teoretisk tilnærming er knyttet til Everett Rogers og hans teorier om diffusjon. Diffusjon forstås som en prosess hvor en innovasjon blir kommunisert over tid, gjennom kanaler og blant medlemmer av et sosialt system. Rogers var opptatt av hva som påvirker spredningen av innovasjoner, og hvordan det nye passer inn i mottakers situasjon og lanserte fire nøkkelbegreper i forståelsen av prosessen med å spre innovasjoner.

- Relativ fordel, i betydningen hvor gunstig den nye innovasjonen er for nye aktører vurdert ut fra hvilke målsetninger de er satt til å realisere.
- Innpassing eller forenbarhet- hvordan en innovasjon passer inn i den strukturen og kulturen den skal inn i.
- Kompleksitet, i form av hvor lett det er å forstå og formidle effekten av innovasjonen.
- Utprøvbarehet og observerbarhet går på hvor lett det er å prøve ut og se effekten på innovasjonen.

(Fuglsang, L., Rønning, R. (2013))

Videre analyserte Rogers diffusjonsprosesser som beslutningsprosesser på individuelt nivå, med ulike stadier som leder frem til en beslutning om å akseptere eller forkaste innovasjonen. Han utledet fem idealtyper av mennesker som innovatører, tidlige brukere, tidlig majoritet, sen majoritet og etterfølgere.

Medlemmene i de ulike adopsjonskategoriene ble så kategorisert ut fra deres villighet til å akseptere innovasjoner og den relative tiden man bruker på å adoptere innovasjonen.

Rogers teori anses som et idealbilde på hvordan innovasjon spres, men mangler innsikt i motstand mot innovasjonen. Fuglsang, og Rønning peker på at noen aktivt motarbeider spredning av innovasjon, og dersom de er streke nok faktisk kan hindre

at innovasjon sprer seg i sosiale system. De viser til at Kuhn peker på at slik motstand finnes hos dem som identifiserer seg med den gamle kunnskapen, og at Schumpeter beskriver det han kaller kreativ destruksjon, hvor noe må brytes ned før ny kunnskap kan settes inn. (Fuglsang & Rønning, R., 2013)

Tardes teori om imitasjon gir mottakerne en mer aktiv rolle, og beskriver spredningen av innovasjoner som en aktiv tilegnelsesprosess hvor deltakerne imiterer hverandre. Fuglsang og Rønning argumenter for at imitasjonsperspektivet også kan brukes på organisasjoner, ved at vi imiterer sosiale- og organisatoriske roller, og hevder at det er «evnen til å imitere viktige løsninger som driver innovasjoner frem, snarere enn evnen til å skape konkrete innovasjoner.» (Fuglsang & Rønning, 2013 s.91). Selve imitasjonen kan være både bevisst og ubevisst, og har en grad av risikoredusering ved at den bidrar til å dempe usikkerheten knyttet til implementasjon av innovasjoner fordi man forsøker å gjenskape noe som allerede er prøvd ut.

Tarde bruker begrepet imitasjon hvor spredningen er drevet av aktive tilegnelsesprosesser. Han stiller opp tre imitasjonslover, som til en viss grad viser til at imitasjon også handler om makt og dominans.

- Mennesker imiterer det som er nærmere, fremfor det som er langt fra.
- Mennesker imiterer personer som står over dem fremfor personer som står under
- Imitasjonsprosesser initieres som motebølger, og svinger mellom mote og sedvane. (Tarde i Fuglsang & Rønning, 2013 s.92).

I Aktør-Nettverks Teorien (ANT), hvor Latour er en sentral teoretiker har Tardes tilnærming og ikke minst begrepet translasjon en sentral rolle. Der hevdes det at når en innovasjon tilegnes, modifiseres den av aktøren og oversettes til egen kontekst. Latour hevder at energien ikke ligger i innovasjonen, men hos alle i kjeden som gjør noe med den. (Latour i Fuglsang & Rønning, 2013). Et slikt perspektiv mener at denne energien representerer makt, og at makt dermed er konsekvens av kollektiv handling. Maktbegrepet forstås som i innovasjonens evne til å spres og få gjennomslag. Imitasjonsperspektivet spiller en vesentlig rolle for forståelsen av hvordan innovasjoner spres i offentlig sektor (Fuglsang & Rønning, 2013)

I motsetning til privat sektor, hvor kunnskap og teknologi gir konkurransefordeler, flyter ideer og innovasjoner friere i offentlig sektor. Spredning av innovasjon i

organisasjoner i offentlig sektor, knyttes ofte opp mot personer eller funksjoner som entreprenører. Generelt er entreprenøren en «visjonær person som er god til å generere verdier- økonomiske, politiske eller sosiale- for seg selv og/eller andre» (Fuglsang & Rønning, 2013 s.94).

Det skilles mellom ulike roller entreprenører. Forandringsagenten er sentral i diffusjonsteorien, og er en person som påvirker klientens innovasjonsbeslutninger i en retning som anses ønskelig fra forandringsagentens perspektiv. (Rogers i Fuglsang & Rønning, 2013) Entreprenøren kan også ha en rolle som bindeledd i kommunikasjonsnettverks strukturelle hull, og enten være den som samler aktørene eller den som knytter dem sammen. Konsulenten er et uttrykk for en slik entreprenør. Organisasjoners absorberingskapasitet beskriver evnen til å se verdien av ny informasjon, implementere den og anvende den i organisasjonen. Det vises til at det er godt dokumentert at innovasjoner blir tilpasset i organisasjoner, snarere enn adoptert. Tarde snakker bla i sin tilnærming om translasjoner av ideer og innovasjoner, og en at innovasjon ikke bare kopieres. Den må tolkes og bli forstått for så og oversettes til en ny kontekst (Fuglsang & Rønning, 2013).

Bingham viser til at vedtak om å innføre innovasjoner i offentlig sektor påvirkes av mange faktorer og ser etter forklaringer på hvorfor innovasjoner blir tatt i bruk ut med et særlig fokus på organisatoriske og ekstra organisatoriske nivåer.

Forklaringsvariablene deler han inn i fire kategorier:

- Samfunnsforhold hvor det er det to grupper av variabler som synes å påvirke prosessen rundt å ta innovasjoner i bruk: demografiske og kulturelle
- Politisk etterspørsel og krav om en spesifikk tjeneste eller om forbedringer i leveransen av allerede etablerte tjenester.
- Organisatoriske forhold som omhandler relasjonene til organisasjonens omgivelser i form av statlige myndigheter, privat- og frivillig sektor.
- Egenskaper ved organisasjonen hvor faktorer som størrelse, formell og ikke-formell struktur, profesjonalitet og kompleksitet er sentrale.

En av det viktigste funnene til Bingham knyttet opp mot innføring av innovasjon er at bruken av incentiver har stor betydning for om en innovasjon blir innført eller ikke. Særlig gjelder dette for produktinnovasjoner, hvor dette i mange tilfeller er nødvendig for å stimulere innføringen av nye produkter. (Bingham,1978).

2.4.5. Oppsummering

Forskningen og litteraturen om organisasjonsendring og forvaltningen av innovasjoner og organisasjonsideer kan i stor grad knyttes til to polariserende tilnærminger og forklaringsmodeller. Kritikken mot dette er at selv om både lineære instrumentelle tilnærminger og komplekse institusjonelle forklaringsmodeller, hver for seg beskriver ulike fenomener, mangler man empirisk fornkåret tilnærming på hva som faktisk skjer.

Iverksettingsteori er en som kan brukes for å beskrive innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Forsøkene med å forene de to polariserende tilnærmingene i retningen, har mange likhetstrekk med Røviks (2007) tilnærming og utvikling av en pragmatisk institusjonalisme. Et fellestrekk er at begge tilnærmingene har en implisitt ambisjon om å gå utover det å kun beskrive og også bidra med innsikt i til hva som kan være faktorer i en vellykket prosess.

Spredningen av ny kunnskap i praksis er en langsom og uforutsigbar prosess (Nutley et al. 2007 i Kitson 2009), og mye tid og ressurser har blitt satt inn for å prøve å forstå «hvorfor enkeltpersoner, team og hele organisasjoner ikke tar imot kontinuerlig forandring på en dynamisk måte, og hvorfor innføringen av ny teknologi, praksis og prosesser ikke er en del av et repertoar av atferd, ferdigheter og attributter iboende i de fleste arbeidstakere» (Kitson 2009). Nielsen, Mathiassen og Newell (2014) har gjennom en 10 års periode studert innføringen av håndholdte terminaler i hjemmetjenesten i flere danske kommuner. IKT systemer er standardiserte produkter og således kunne man tro at en oppskrift for innføring var tilstrekkelig for at denne teknologien kunne spres til flere organisasjoner. En annen antagelse er at organisasjonene burde bli likere hverandre når de tar i bruk like systemer. Funnene til Nielsen et.al viser at så ikke skjer. Snarere ser en at bruk og omtale av IKT systemene utvikler seg over tid når de «sirkulerer» mellom organisasjoner og mellom ulike nivå i organisasjonene. Den første idefasen er kritisk i forhold til å forankre en ide, men det er hele tiden et pågående arbeid med å holde visjonen og ideen vedlike. Når en ide får sirkulere i og mellom organisasjoner i et innføringsløp omtales fenomenet som rekursiv sammenfletting. Det viser til at IKT institusjonaliseres gjennom en ikke-lineær prosess der legitimering og argumentasjon for innføring gjenskapes til ulike tider gjennom et innførings- og driftsløp. (Nielsen et.al. 2017).

Selv om resultat mellom kommunene kan være lik, fant Nielsen et.al at implementeringen kunne være ulik. Det forklares med sammenheng mellom organisasjonsfeltet, kommunesektoren og kommunen, organisasjonen. Evnen til «zooome» inn og ut for å se hvordan flere kommuner gjensidig påvirker hverandre er en styrke for prosessen.

Den institusjonelle logikken er også en faktor. Personer på forskjellige steder i organisasjonen kan ha ulike logikker for hvordan innovasjonen skal gjennomføres og brukes. Det er ikke alltid at en type logikk som kommer fram blir tatt for gitt i hos en annen, eksempelvis de som bruker systemet har sin logikk og de som har besluttet det har sin logikk. Man ser også at både objektet som innføres og språk som brukes i prosessen må passe sammen. Mobil IT i hjemmetjenesten ble en suksess fordi objektet, håndholdte terminaler, var i utgangspunktet godt og ble også godt pakket i måten ideen blir formidlet på. (Nielsen et.al., 2017).

Som vist over finnes det en rekke ulike teoretiske tilnærminger som forklarer de fenomener vi studerer i vår oppgave. Mange av tilnærmingene har tilsynelatende like perspektiver og viser til overlappende sammenhenger. Vi har i vår oppgave valgt å legge vekt på Røvik sin tilnærming til endringer i organisasjoner, som en form for translasjon av en mer eller mindre eksplisitt uttrykt ide om hvordan organisasjoner kan styres eller produsere sine tjenester på. Ofte er denne ideen en teorisering i skriftlig form som er tatt ut av en organisatorisk kontekst (dekontekstualisert) og satt inn i en ny (kontekstualisert) gjennom en translasjon. Vårt hovedargument for valg av Røvik er at han presenterer en helhetlig tilnærming som kan brukes til å belyse mesteparten av den prosessen vi ser på, og ikke bare deler av den. Videre i kapittelet vil vi gå nærmere inn på Røvik sin tilnærming.

2.5 Røviks tilnærming til translasjonsteori

Translasjonsstudier har ifølge Røvik tatt over som den sentrale teoretiske referansen i studiene av kunnskapsoverføring i organisasjoner og hans ståsted er at translasjonsteorien har en stor «relevans også for forståelsen av overføring av ideer mellom organisasjoner». (Røvik 2007.s. 253). Dette begrunner han med utviklingen av translasjonsstudier har blitt konstituert og konsolidert som eget tverrvitenskapelig forskningsfelt. Tilnærmingen kritiseres for å ha begrenset forklaringsverdi på

organisasjonsideer blant annet fordi translasjon beskrives som en metaforisk tilnærming og som pedagogisk virkemiddel for å sette ord og bilder på overføringsprosessen av ideer. Røvik møter disse innsigelsene og viser til at moderne translasjonsteori har en analytisk anvendelse som innbefatter mer enn en direkte språklig oversettelse. Røviks teoretiske bidrag til fenomenet er en empirisk fundert teoriutvikling med særlig fokus på å utvikle et translasjonsteoretisk perspektiv til hva som skjer ved overføring og mottak av ideer. (Røvik 2007)

Det som gjør translasjonsteori relevant for organisasjonsteorien, er at fagfeltet har utviklet seg fra å være oversettelse ord for ord som en slags kopiering, til også å omhandle kulturuttrykk som konsepter, ideer og trosuttrykk. Fagfeltet er ikke lengre like sterkt knyttet til fagfelt som lingvistikk og komparativ litteratur, men får stadig sterkere innslag av psykologi, kommunikasjonsteori, antropologi, filosofi og kulturstudier (Baker, 1998, i Røvik 2007). Disse områdene og utfordringene er relativt like som ved kunnskapsoverføring, ved at det man henter ut fra en kontekst trenger en dekkende og en god idemessig representasjon av det man ønsker å overføre til en ny.

Utfordringene som oppstår i denne prosessen har også mange likhetstrekk. Et sentralt spørsmål er hvordan man kan øke sannsynligheten for at det man henter ut av en kontekst dekkende for de praksiser, trosforestillinger, meninger med mer, som man ønsker å overføre? Eller hvordan sikrer man at ideene man oversetter og overfører blir forstått og vil fungere i konteksten til nye organisasjoner? Og hva er oversetters rolle, og hvilke friheter kan de tillate seg til å trekke fra eller legge til i oversettelsen. Disse problemstillingene tydeliggjør at kunnskapsoverføring er mer enn transport og overføring av metaforer, og kan benyttes til å fange opp et faktisk forekommende og observerbart fenomen. (Røvik, 2007). Røvik (ibid.) har som ambisjon å utvikle en teoretisk tilnærming til kunnskapsoverføring som en translasjon, med utgangspunkt i fire sentrale spørsmål. Hva er motivasjonen bak oversettelsene, hvem er oversetterne, finnes det regler og mønstre for oversettelsene og hvilken virkning oppnår oversettelsen.

2.5.1.1 Oversettelsens beveggrunner

Det første han ser på er det han kaller oversettelsens beveggrunner, eller spørsmålet om hvorfor blir organisasjonsideer ofte oversatt. Her deler han først inn i to typer av oversettelser, intendert og uintentert oversettelse. Intenderte oversettelser har i Røviks perspektiv (Røvik 2007) tre ulike oversettelsesmotiver. Det første er at oversettelser er en bevisst og rasjonell handling hvor man lager en lokal versjon av med mål om få et best mulig verktøy for å øke effektivitet.

Videre kan oversettelsen kan også være motivert med hensikt om å lage en lokal versjon som i liten grad utfordrer motstridende interesser og konflikter, og oversettelsen påvirkes og endres gjennom forhandlinger.

Til sist kan man se den intenderte oversettelsen som motivert av behov for annerkjennelse fra den organisatoriske omverdenen for å fremstå som «moderne», tidsriktig mm

De uintenterte oversettelsene skjer mer ubevisst, uten at endringene kan knyttes tilbake til aktørers bevisste handlinger. Dette kan ifølge Røvik (Røvik 2007) skyldes at formidlere eller oversettere av ideen, ubevisst kan være preget av den konteksten de selv kommer fra og de derfor at de ubevisst og utilsiktet utvikler versjoner av det som skal oversettes som er farget av den konteksten.

2.5.1.2 Oversettere

De er aktørene som formidler organisasjonsideer mellom ulike kontekster. Deres rolle og betydning hva som blir oversatt og hvordan oversettelsen gjøres, og det motstridene oppfatninger både i forhold til rollen de faktisk spiller og bør spille. Et syn er at gode oversettere ikke bør synes og ha en funksjon som «transkoder» som reproducerer så nøyaktig som mulig en forfatters tekst til et annet språk uten å sette sitt eget stempel på teksten. Et motstridende syn er at oversetteren ofte er oversett, og i mange tilfeller har tilført en ekstra kvalitativ dimensjon. (Røvik 2007). Denne motsetningen er sentral, og organisasjonsforskerens oppgave er å identifisere de aktørene og institusjonene som fungerer som oversettere av organisasjonsideer.

Sentrale spørsmål er:

- Hvem er oversetterne?
- Hvor kommer de fra?
- Hvordan foregår vanligvis oversettelsen?
- Hva kan oversettere av organisasjonsideer, hva er deres translasjonskompetanse?
- Hvordan utføres oversettelse av organisasjonsideer og forløper translasjonsprosessen?

2.5.1.3 Oversettelsesregler

Røvik er opptatt av å identifisere og beskrive mønstre og regler i oversettingen. Ved å identifisere oversetterens muligheter og begrensninger, kan oversettelsen forstås som både gjendikting og nydikting. I hvor stor grad ideer blir omformet, og finnes det tradisjoner, mønstre og for hva som blir tatt med og hva som blir utelatt?

Graden av translasjonsbarhet er sentral, som betyr i hvilken grad er det mulig å overføre en ide fra en kontekst til en annen uten at vesentlige deler av innholdet blir endret. Fra translasjonsstudier henter Røvik to teoretiske to posisjoner med motsatte oppfatninger om translasjonsbarhet;

- Den rasjonalistisk-universalistiske posisjonen – hevder at meninger og ideer er universelle, og derfor i prinsippet oversettbare og overførbare mellom ulike språk og kulturer, (Pym og Turk 1998, Rubel og Rosman 2003, i Røvik 2007.) Man resonerer med at tar man bort ulikheter i språk, vil man finne igjen de samme ser trosforestillinger, meninger og ideer representert innenfor alle språk. Dette tilsvarer et modernistisk syn på organisasjoner, som stort sett like systemer med universell utbredelse, og like problemtyper og utfordringer. I prinsippet kan derfor ideer om ledelse og organisering i stor grad oversettes og overføres mellom organisasjoner.
- Den andre posisjonen er posisjonen om det unike, hvor tenkning og ideproduksjon kobles opp mot språket det uttrykkes på. I dette synet utgjør tenkning, ideer og språk et unikt meningssystem som gjør det vanskelig, om ikke umulig å oversette fra et språk til et annet uten at noe går tapt. (Quale

1991, i Røvik 2007). «Relasjonen mellom meninger og ideer på den ene side, og språket de uttrykkes på, på den annen side, knyttes sammen som en uopløselig legering selv for den mest drevne oversetter» (Røvik 2007, s.258). Dette reflekterer sosialkonstruktivistiske teorier om organisasjoner som unike organisasjoner med unike historier, utfordringer og kultur og hvor ideer og oppskrifter i liten grad oversettbar og overførbar til andre.

2.5.1.4 Oversettelsens virkninger

Røvik (2007) viser til at de aller fleste organisasjoner har uttalte ambisjoner om at å ideer som tas inn, også skal tas i bruk. Man er derfor ikke bare opptatt av hva oversetteren gjør med organisasjonsideer, men også oversettelsens virkninger i de organisasjonene de søkes satt inn i. I translasjonsteorien er det flere eksempler på at det å gjøre teksten tilgjengelig på et annet språk, er den eneste ambisjonen. Man må derfor ta høyde for at oversettelsen skal fungere når den tas inn i en annen kulturell og språklig kontekst. Oversetteren må derfor først finne ut hvilke formål den oversatte teksten er tenkt å tjene, og ikke være for bundet av den originale teksten. Det samme gjelder ifølge Røvik (2007) for oversettelse av kunnskap og organisasjon ideer. Slår organisasjonene seg til ro med å ta inn ideer, men ikke ta dem i bruk har det likhetstrekk med beskjedne litteraturoversettelser hvor man bare føler behov for å gjøre seg kjent med det fremmede.

Dekontekstualisering og kontekstualisering blir delt i to prosesser bla. fordi de som regel blir gjennomført av ulike aktører eller aktørgrupper, og er som regel ikke koordinert i tid og rom. Selv om en del av ideene er konkrete, er det fleste som forsøkes kontekstualisert i idemessige representasjoner av konkrete praksiser. Ofte er de generelle og abstrakt utformet, og koblingene til de praksisene de er løsrevet fra er svak og utydelig. (Røvik (2007))

2.5.2 Dekontekstualisering

Dekontekstualisering er prosessen hvor en forsøker å ta ut en identifisert praksis eller språksatt organisasjonside fra en organisasjon eller felt, og omforme den til bruk i nye sammenhenger i en organisasjon eller sektor. (Røvik (2007)).

Begrunnelsen for det analytiske skillet mellom dekontekstualisering og kontekstualisering er mange. I motsetning til oversettelser av tekster hvor det som regel er en og samme person som arbeider med både kilde og målspråk i en og samme prosess, er dekontekstualisering og kontekstualisering en mer ukoordinert operasjon. De er ofte skilt både i tid og rom og de som henter ut en praksis fra en organisasjon er ofte ikke de samme som setter inn i en ny. Dekontekstualisering skjer ofte uten at det er fastsatt hvilken kontekst den skal settes inn i og skjer sjelden i en kontrollert prosess hvor det er en direkte og rask overføring fra en kontekst til en annen. Det gjør at dekontekstualisering i praksis er en samling av ulike komplekse delprosesser (Røvik 2007).

Løsrivelse skjer når konkrete praksiser i konkrete bedrifter forsøkes identifisert og overført som kunnskap. Med praksis menes «kunnskapsbasert og rutinisert utførelse av et sett av arbeidsoppgaver og omfatter både manuelt og intellektuelt arbeid som utføres med varierende bruk av teknologi». (Røvik 2007, s. 261) For å kunne overføre praksisen, konseptualiseres den ved at den gis en idemessig representasjon i form av en beskrivelse i språklig form. Utfordringene i konseptualiseringen ligger i å være trygg på sammenhengen mellom den ideen man forsøker å hente ut, og resultatene den er ment å gi. Samtidig ligger det utfordringer i om den idemessige representasjonen tar opp i seg alle vesentlige elementer som forårsaker disse resultatene. Røvik viser til begrepet oversettbarhet, som tar for seg utfordringene ved å tekstliggjøre. En slik prosess påvirkes av tre hovedfaktorer i form av praksisens eksplisitet, kompleksitet og innvevdhet.

- Med praksisens eksplisitet menes det hvor eksplisitt den kommer til uttrykk i vertsorganisasjonen, i betydningen kodifisert og språkliggjort. Det motsatte er taus kunnskap, som knyttes til personlig og kontekstspesifikk kunnskap som er vanskelig å formalisere og kommunisere. (Polyani i Røvik 2007). Eksempler på slik kunnskap er praktiske erfaringer og teknisk know-how, ulike paradigmer og perspektiver som knyttes opp til enkeltpersoner eller grupper. Å kunne ta ut slik kunnskap og konseptualisere den ansees å ha stor verdi for utvikling og innovasjon, men samtidig vises det til at denne prosessen også er vanskelig. I et translasjonsperspektiv kan slik kunnskap gjøre jobben med å oversette svært vanskelig, fordi det kan sees på som at det mangler et språk å oversette fra. (Røvik, 2007).

- Praksisens kompleksitet knytter Røvik (2007) opp mot hvor klare eller uklare årsak-virknings-relasjonene mellom en praksis og resultatene er, og forholdet mellom teknologi og mennesker. Klare sammenhenger og enkel teknologi som involverer få mennesker er enklere å oversette fordi det er lettere å fange opp detaljer og sammenhenger.
- Praksisens innvevdhet handler om hvor sterkt forankret praksisen er i konteksten den fungerer i. Det gjelder både i egen organisasjon og i relasjon til omverdenen. Tett og tillitsfull samhandling med gjensidig informasjonsutveksling over tid i nettverk, trekkes frem som gode forutsetninger å lykkes med innovasjon og utvikling av ny kunnskap. (Andersson, Forsberg og Holm i Røvik 2007). Dersom forutsetningen for at praksisen fungerer er avhengig av de samme faktorene, er det vanskelig å fange inn og lage idemessige representasjoner og videre å sette disse inn i nye kontekster.

Løsrivelse gjennom uthenting handler om aktører som kommer fra utsiden og prøver å hente ut en praksis. Dette kan skje ved tilfeldigheter, eller gjennom en mer eller mindre systematisk prosess. Det har vokst frem en rekke rasjonelle og systematiske teknikker for slik uthenting, som ved en samlebetegnelse kalles for «beste praksis» eller benchmarking. Disse kjennetegnes ved at det hevdes at det er mulig å identifisere praksiser som er overlegne andre, og som lar seg overføre andre mellom organisasjoner. I identifisering av slike må man både være opptatt av å finne de beste prestasjonen og hva det er som ligger bak disse. I tillegg bør praksisen være overlegen i form av å produsere eksepsjonelle resultater. Praksisene knyttes ikke opp bare til produksjonsteknikker, men kan identifiseres i og knyttes opp til flere felter som ledelse, formell struktur mm.

I forlengelsen av dette har det ifølge Røvik (2007) oppstått en dekontekstualiseringsindustri bestående av konsulentselskaper, benchmarkingsvirksomheter, nettverk og samarbeidsfora med fokus på overvåking og sammenligning av organisasjoner på jakt etter beste praksis og idemessige reproduksjoner av disse. Paradigmet er at formelle organisasjoner i utgangspunktet er like systemtyper, og kan sammenlignes fordi de driver med et avgrenset sett med grunnleggende og universelle prosesser. Konsulentselskapet Arthur Andersen (Røvik 2007) har identifisert et sett med oversettingsregler hvor oversettelsen fra lokal

praksis til universell modell skjer i to steg. Først reduseres empirisk mangfold av ulike prosesser ned til et begrenset antall forhåndsdefinerte standardprosesser, og ved denne kategoriseringen etableres det dermed et felles prosessespråk som er universelt og som gjør at man kan oversette fra og til. Alle observerte og konkrete praksiser er dermed kategorisert, og kan senere hentes ut og settes inn i nye kontekster.

Denne tilnærmingen har sin parallell i translasjonsteorien i den rasjonalistiske tradisjonen. Utfordringen med denne tilnærmingen, er ifølge Røvik (2007) at representasjonen av ideen mister mye av de unike lokale faktorene i praksisen, og dermed blir lite representativ for den originale praksisen. Dette kan skyldes både at er for stor faglig avstand mellom de som henter ut ideer og det som hentes ut. Slik står man i fare for å trekke feil slutninger. Parallellen i translasjonsteorien er at oversetter må ha kunnskap om begge språkene som er involvert. En annen fare er såkalte pseudooversettelser, hvor konsulentselskapene kan utvikle sine egne best practice konsepter, uten at de har utgangspunkt i en reell praksis, og låne den autoritet ved presentere den som en oversettelse av en etablert og bevist praksis. (Røvik 2007)

Utbringning er form for løsrivelse som kommer innenfra og er ofte et resultat av at aktører som ledere eller andre som har lyktes med en bestemt praksis, gjennom foredrag og presentasjoner mm formidler praksisen på arenaer utenfor egen bedrift. Dette har blitt en vanlig måte å oversette praksis til ideer på, og skiller seg vesentlig fra uthenting ved at aktørene faktisk kjenner både praksisen og konteksten den er hentet fra. I sin forskning på temaet om utbringning har Røvik (2007) lagt til grunn fire kriterier knyttet til personer som formidler kunnskap om bestemte praksiser på arenaer utenfor organisasjonen hvor praksisen initiert oppstod.

1. Praksisen må for det første ha utgangspunkt i en konkret praksis en bestemt organisasjon.
2. Dessuten må utbringeren være tilknyttet denne bedriften i egenskap av å en være ansatt og som har vært i direkte befatning med praksisen i sitt virke.
3. I tillegg stiller han krav om at utbringeren har erfaring med å presentere praksisen eksternt minst fem ganger for å sikre at utbringer virksomheten har et visst omfang.

4. Praksisene han undersøkte måtte være fra flere sektorer, og ulike type organisasjoner.

Ut fra sitt sine funn presenterte Røvik (2007) fire teoretisk begrunnede hypoteser om hva som *kan* kjennetegne praksiser som blir forsøkt dekontekstualisert gjennom utbringning.

- Det første er at praksisens effekter er avgjørende for om praksiser for oppmerksomhet og forsøkes spredd. Selv om det ofte er vanskelig å gi et entydig svar på om praksisen har effekt, er det stort slingsmonn i forhold til å tolke dem dithen, og opplevelsen at det har effekt er viktig.
- Praksisens alder i et rasjonelt perspektiv kan tyde på at en viss virkningstid for praksisen har en effekt på om det blir forsøkt tatt ut. Det vil si at praksis gir assosiasjoner til en viss varighet, noe som har utviklet seg og virket over tid, og dermed i tråd med oppfattelsen om en bevegelse mot et høyere organisatorisk nivå. Røvik forskning viser til at dette resonnementet ikke stemmer med empiri. De fleste praksisene er nye og blir presentert som noe nytt og et brudd med det gamle.
- Sosial autorisering av praksisene betyr at de ved å autoriseres av enkelt personer, organisasjoner eller myndigheter kan gis en viss spredningskraft. Det samme synes å være tilfellet med utmerkelser og priser.
- I forholdet til praksisen oversettbarhet vil komplekse og vanskelige oversettable praksiser vil en utbringer i større grad ha muligheter til å utvikle idemessig representasjoner enn eksterne uttakere. En hypotese utledet fra dette blir da at ideer som blir brakt ut av en organisasjon vil i tillegg til suksessfulle, også være vanskelig oversettable og at disse forutsetningene utgjør utbringerens nisje i kunnskapsoverføringsmarked.

Utbringerens translatørkompetane skiller seg fra vanlig translasjonsteori hvor det forutsetter at oversetter har god kjennskap til både kilde- og målspråk. Utbringer formidler fra praksis til idemessigrepresentasjon, og er som regel lite involvert i å sette ideen ut i ny kontekst. Røvik (2007) samlet i sin forskning informasjon om utbringerens translasjonskompetanse ut fra disse to forholdene. Indirekte organisasjons og praksiskunnskap og innsidebasert organisasjons og praksiskunnskap. Med indirekte kunnskap som utbringeren har ervervet om

organisasjonstype og praksisområde fra kilder utenfor organisasjonen hvor de viktigste kildene til kunnskap er utdanning og erfaring fra andre organisasjoner på utsiden. Innsidebasert er empiriske ervervet kunnskap som er utviklet gjennom å jobbe med praksisen.

Når Røvik snakker om arenaer for hvor utbringerne formidler sine ideer, skiller han mellom intraorganisatoriske - og interorganisatoriske arenaer, som har det til felles at de er mer eller mindre regelmessige møter, konferanser eller kurs ofte utformet som informasjons-, opplærings- eller utviklingstiltak. Et funn om disse arenaene er ifølge Røvik (2007) at jo lengre borte fra sin egen kontekst praksisen presenteres på, jo mer abstrakt og representative blir versjonene som blir presentert, og jo nærmere de er sin opprinnelige kontekst i form av bransje, sektor eller organisasjon jo detaljerte, konkrete og representative blir presentasjonene

2.5.3 Kontekstualisering

Selve kontekstualiseringsprosessen tilnærmer Røvik (2007) seg ved å se på kontekstualiseringens aktører og arenaer, og kjennetegn ved disse. I tillegg har han et fokus på om det finnes kontekstualiseringsregler i form av mønstre som kan utledes til allmenne regler.

I et forsøk på å identifisere mønstre presenterer han en modernistisk-rasjonalistisk modell, Den hierarkiske oversettelseskjeden. Denne bygger på fem sammenkjedede argumenter og antagelser med likhetstrekk med til en rasjonell implementeringsprosess;

- Oversettelseskjeden har en klar *Top-Down* orientering hvor nye ideer tas inn via toppledelsen, og hierarkiet avgjør hvem som er relevante aktører og arenaer.
- Nye ideer er problembetinget og ledelsen søker å løse utfordringene organisasjonen står overfor ved å innføre nye og mer effektive løsninger.
- Kontekstualisering blir sett på som på som en sentralt styrt implementeringsprosess, med begrenset frihet til oversettelse og lokal tilpasning.

- Kontekstualiseringen er nedadgående, enveis og sekvensiell, noen kan omtaler som Stimulus-Respons-basert sekvensialitet. Med det mens at ideen beveger seg etappevis nedover i hierarkiet ved at implementeringen går fra et nivå til et annet, og utløser nye oversettelser som tilpasser konseptet til lokale forhold.
- Forestillingen om den hierarkiske oversettelseskjeden er en oppsummering av utbredte og rasjonale oppfatninger om hva som og hvordan det skjer når man implementerer og tar inn nye ideer i en organisasjon. Abstrakte og utydelige ideer kommer fra toppen, og materialiserer og konkretiseres etterhvert som den kommer lenger inn i virksomheten og dermed blir utsatt for lokal tilpasning og oversettelse. (Røvik 2007)

Røvik (2007) påpeker selv at denne tilnærmingen har manglende forklaringspotensial, og den suppleres med observasjoner som ikke dekkes. Antagelsen om at oversettelsesarenaene ligger i vertikal relasjon til hverandre, gjør at andre viktige oversettelsesarenaer forsvinner. Utviklingsarenaer som konferanser, kurs, seminarer, og studier rettet mot profesjoner og yrkesgrupper gir, ofte sektorspesifikke versjoner av populære organisasjonsideer. Sammen med økt analytisk kapasitet i moderne organisasjoner i form av mer kompetent arbeidsstyrke, kommer disse ideene inn på ulike hierarkiske nivå og gjør det utfordrende å holde oversikten over hvilke idestrømmer som går gjennom og påvirker organisasjonen.

Antakelsen om stimulus-respons-basert sekvensialitet baserer seg på den hierarkiske forestillingen om at det tas inn en slags masterversjon av en ide på toppen og gis lokale uttrykk etter hvert som den reiser nedover i hierarkiet. I eksemplifiseres ved arbeidet til Gudbjørg Erlingsdottir hvor hun identifiserer to ulike versjoner av kvalitetssikringsideen på Universitetssykehuset i Lund. Disse er tatt opp på ulike nivåer i organisasjonen og gitt lokale navn i og uttrykk i form av «organisasjonsgranskingsmodellen» og «akkrediteringsmodellen». Det viser at idestrømmer av samme ide kan være hentet fra ulike utviklingsarenaer, og tatt opp på ulike nivåer i organisasjonen uavhengig hverandre. (Erlingsdottir 1999, i Røvik 2007)

I den hierarkiske oversettelseskjeden ligger også antagelse om at oversettelser av abstrakte og utydelige ideer følger en kjedelignende bevegelse fra toppen og

nedover, hvor de gradvis blir operasjonalisert og gitt konkret innhold. Vikan (Vikan 2000, i Røvik) viser at slike prosesser over tid også kan ha et spirallignende forløp, Med det mener hun at ideene over tid kan sirkulere innenfor et felt eller en organisasjon, både i abstrakt og materialisert form. Nye og forbedrede versjoner av ideene blir så mer eller mindre regelmessig løftet opp igjen til den idebærende utviklingsarenaen, gitt ny idemessig representasjon, for så å sirkulere ned i igjen i organisasjonen.

Til slutt påpeker Røvik (2007) at antagelsen om stimulus-respons-basert sekvensialitet fordrer at spredning og oversettelse skjer ved en form for direkte overlevering. Med det menes at oversettelsen i et ledd utløses på grunn av ytre påvirkning i form av overlevering av en oversatt ide fra nivået over. Denne prosessen er vanskelig å få empirisk dokumentert. Røviks egen forskning viser til intervjuer med ansatte i organisasjoner som har implementert nye ideer, som hevder at de ikke har fått sin versjon av bestemte andre organisasjoner eller personer og at arbeidet med å oversette og implementere har skjedd på eget initiativ. (Røvik 1998, i Røvik 2007)

Ut fra disse funnene lanserer Røvik (2007) et alternativ til stimulus-respons-oversettelsesprosesser, som han kaller Soppmodellen. Tanken er at oversettelser av en ide kan utløses mer eller mindre samtidig i flere organisasjoner og på flere steder. Denne tilnærmingen fanger opp de mange empiriske observasjonene som ikke er innenfor stimulus-respons-baserte oversettelsesprosesser. Den også utfordrer den forestillingen om det Røvik (2007) kaller slappe aktører som heller reagerer enn agerer. Soppmodellen fanger også opp utsagnene fra ledere som sier at de selv fanger opp og lager egne versjoner av populære ideer uten å bestemte organisasjoner eller versjoner som forbilder.

Fremstillingen av kontekstualiseringsregler har sitt fundament i et analytisk skille mellom det Røvik kaller generelle innskrivingsregler og spesifikke oversettelses – og omformningsregler. «Innskriving betyr at en ide gjennom sosiale fortolknings- og meningsdannelsesprosesser utstyres med markører som knytter den til – og gjør den gjenkjennbar i – en lokal kontekst» (Røvik, s. 301). Med andre ord er innskrivingsregler et forsøk på å forklare hvorfor generelle idemessige representasjoner transformeres og tar opp i seg lokale og materielle uttrykk. Det handler primært om å tolke inn ideen i en lokal konteksts rom og tid, og Røvik (2007)

skiller derfor analytisk mellom regler for lokalisering og regler for tidsmarkering av ideer.

Lokalisering skjer når en adoptert ide forsøkes å gis en lokal historie eller fortid. Det er mange observasjoner på felt eller organisasjoner som i ettertid har konstruert historier om hvorfor man innførte en ide. Dette er i tråd med forventningene om hvordan rasjonelle organisasjoner opptrer. Røvik viser til at disse historiene som regel inneholder en problembeskrivelse med behov for løsning, og ideene ble innført som en løsning. På den måten gir man rasjonell legitimering på hvorfor organisasjonsideen ble innført. (Røvik 2007)

Å tidsmarkere en organisasjonsside og gi den en lokal tid kan også innebære og gi en ideen en lokal fremtid. Ifølge Røvik (2007) gjøres dette når ideen sees på som et virkemiddel og et element i langsiktige planer for feltet eller den enkelte organisasjon. I prosessen blir de at de globale tidsmarkørene færre, eller borte.

Røvik (2007) bruker innsikter fra klassisk translasjonsteori, som analytisk skiller mellom fire grunnleggende oversettelsesregler, som kan plasseres på en skale fra ingen eller svak omforming til betydelig omforming. Røvik plasser disse i tre omformingsmoduser:

Det reproduserende modus har kopiering, reproduksjon eller duplisering som hovedregel for oversettelse, og målsetningen er å gjengi og produsere så nøyaktig som mulig når det oversettes mellom ulike kontekster. I organisasjonskontekst betyr det å «hente ut en praksis fra kontekst, gi den en idemessig representasjon og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst på en slik måte at praksisen gjenskapes» (Røvik 2007, s. 308).

Sannsynligheten for at kopiering vil bli anvendt og lykkes, henger ifølge Røvik (2007) sammen med hvor oversettbart og hvor omformbart det som skal oversettes er. Det vil si hvor godt eksplisitt ideen er formulert, hvor lett den er å ta ut av en kontekst i betydningen avgrensbar og utskillbar og graden av kompleksitet i relasjon til teknologi, aktører og kompetanse, desto. En enkel og relativt frittstående oppskrift er mer oversettbar enn en kompleks ide med mange og kompetente aktører. Jo mer like de organisatoriske hvor ideene oversettes fra og til er, påvirker også sannsynligheten for kopiering

Røvik (2007) viser at det finnes faglig støtte for kopiering av organisasjonsideer i blant annet «Beste praksis litteraturen og det han kaller «dekontekstualiseringsindustrien». Her oppfattes indentifiserte praksiser som en vare som man kan overføres med ingen eller meget få endringer, fra en kontekst til en annen og samtidig oppnå de samme effektene. Målet er at praksisen blir utført med ingen eller meget få endringer.

Den modifierende modus er en pragmatisk posisjon hvor man prøver å balansere ulike hensyn som å være tro mot det opprinnelige, samtidig som man skal ta hensyn til den konteksten det som oversettes skal inn i. Den modifierende modus kommer til uttrykk gjennom to sentrale oversettelsesregler, addering og fratrekking.

Addering knyttes opp mot fenomenet eksplisittering i betydningen av å tydeliggjøre informasjon som ligger implisitt, uuttalt eller utydelig i den originale utgaven.

Utfordringen med eksplisittering er kunne legge til det uuttalte i originalen, uten at man tilfører elementer som ikke er der, og dermed gir en kreativ nydikting fremfor en oversettelse. Oversetteren har også muligheten til å forsterke elementer fra den originale ideen i sin translasjon,

Fratrekking handler om å utelate eller redusere bort elementer i translasjonen.

Implisittering er å gjøre noe mindre tydelig, enten ved å redusere graden av detaljer, eller ved å tone ned innhold i meninger. Ett annet begrep som benyttes om fratrekking er utelatelse, og regnes som en mer radikalform enn implisittering fordi man i oversettelsen utelater elementer fra den versjonen det oversettes fra.

Modifierende modus ved oversettelser benyttes under ulike grader og typer av rasjonalitet, og Røvik (2007) skiller mellom to hovedformer for addering og fratrekking.

Rasjonell-strategisk og uintendert addering og fratrekking en bevisst prosess hvor den moderate omformingen skjer med bakgrunn i klare intensjoner og instrumentell tilnærming. Uintendert addering og fratrekking er et resultat av ubeviste adderinger i oversettelsen.

Den radikale modus er en posisjon hvor oversetteren tar seg store friheter i oversettelsen, og bruker den opprinnelige ideen som utgangspunkt for å utvikle og utforme lokale varianter av en praksis. Oversettelsesregelen som kommer til uttrykk i den radikale modus Røvik kaller omvandling, og er han bruker begreper formålsrettet

oversettelse og forestillingen om at oversettelsen først og fremst skal ta hensyn til de som skal bruke oversettelsen. (Røvik 2007), En annen, og mindre radikal variant er adaptasjon, I forhold til oversettbarhet, er det motsatt av det som gjelder ved kopiering. Jo mer kompleks og innvevd prosessen er, jo vanskeligere er det å få en oversettbar representasjon av ideen og dermed øker sannsynligheten for radikal omvandling. Stor grad av omformbarhet, leder til økt sannsynlighet for radikal transformasjon når den overføres. En ide som ikke er strengt regulert i form av prosedyrer, lover og regler, åpner også opp for større endringer ved implementering.

2.5.4 Translatørkompetanse

I pragmatisk translasjonsteori ligger en antagelse om at til en viss grad kan anvende translasjonsteoretiske innsikter til å gi råd om hvordan ulike handlinger påvirker sannsynligheten for å lykkes med kunnskapsoverføring. Behovet for translasjonskompetanse blir underbygget av tre påstander fra Røvik (2007).

- Translasjonskompetanse er en kritisk faktor for å lykkes med ideoverføring.
- Translasjonskompetanse er oversett og utviklingen er vanskjøttet.
- Tyngre transformasjoner gjør at translasjonskompetanse er en knapp og kritisk ressurs.

Røvik (ibid.) viser til at mye tyder på at evnen til å lage gode oversettelser er en kritisk faktor i overføringen av ideer og praksiser. Den kommer til uttrykk på tre hovedmåter:

1. Fenomenet hvor ideer tas inn men ikke tas i bruk omtales i forskningslitteraturen som frikobling. Særlig innenfor den institusjonelle skolen har dette fenomenet en sentral årsaksforklaring.
2. Frastøting er en annen forklaring på hvorfor innføring av nye ideer mislykkes. Viser til nye ideer som forsøkes å tas inn i praksis, men som av ulike grunner blir lagt bort.
3. En tredje forklaring er at noen ideer og praksiser som tas inn i lokal praksis, gir andre resultater enn det som var forventet. Dette kan gi seg uttrykk i form av dårligere resultater enn forventet, eller utilsiktede andre effekter.

I henhold til Røvik (2007) handler slike mislykkede forsøk på innføring av nye ideer, ofte om dårlige translasjoner.

2.6 Empiriske forventinger

Med empiriske forventinger mener vi hvordan vi vil bruke teorien til å forklare resultatene, se tabell 2.2. Velferdsteknologi representerer noe nytt for norske kommuner. Praksis er med andre ord trolig lite utviklet på dette feltet. For andre ideer som overføres kan det eksistere en referanse eller det kunne finnes best praksis innen et område. Vårt utgangspunkt er å studere hvordan slike prosjekter gjennomføres. Datamaterialet gjennom intervju og dokumenter er analysert med utgangspunkt i problemstillingene.

Hvordan overføringen til organisasjonen har skjedd og hvilke tilpasninger som da skjer står sentralt. Selv om praksisfeltet er lite utviklet er det likevel etablert et rikt tilfang av ideer om feltet. Intuitivt kan man tenke seg at teknologifeltet alltid vil være i kontinuerlig utvikling. Velferdsteknologi er på prøvestadiet og vi stiller derfor spørsmål med hvordan innføring er gjennomført i søken etter, og arbeidet, med å skape ny praksis. Hvordan slike ideer tas inn, oversettes og tas i bruk kan således ses som en relevant analytisk ramme for et nytt område som velferdsteknologi. Trolig må vi også ta med oss at perspektivene, begrunnelser og strategier endres over tid. Translasjonsteori oss muligheter til å fortolke oversettingene som er gjort i casekommunene. Analyseramma er således oversettingsteori, og vi har delt analysen i tre hovedspørsmål;

1. Hvorfor innføres velferdsteknologi i kommuner?
2. Hvordan innføres velferdsteknologi i kommuner?
3. Hvilke erfaringer gjør kommuner seg med velferdsteknologi?

Tabell 2.2: Analytisk ramme

Hvorfor innføres velferdsteknologi i kommuner?	Hvor kommer ideen til velferdsteknologiske prosjekter fra?
	Hva er begrunnelsen for at slike prosjekter startes?
	Hva består prosjektene av som innføres?
Hvilke erfaringer gjør kommunen seg med velferdsteknologi?	Hvordan organiseres teknologiprosjekter?
	Hvilken rolle spiller statlig initierte prosjekter?
	Hvordan blir slike prosjekter møtt i organisasjonen?
Hvilke erfaringer gjør kommunen seg med velferdsteknologi	Hva endres når organisasjonene innfører velferdsteknologi?
	Hvilke erfaringer har kommunene med velferdsteknologi?
	Hvilke resultater har de oppnådd?

Casekommunen har vært med et statlig pilotprosjekt. Det er således relevant å vurdere resultatene i casekommunen i forhold til andre følgeforskningsrapporter. 31 andre kommuner har vært med i dette prosjektet. Det er utarbeidet et stort antall slike forskningsrapporter. Vi har gjort et utvalg av resultater og vurdert disse i forhold til casekommunen. Vi har likevel en problemstilling som ikke belyses fullt ut i denne følgeforskning. Våre forventinger til empiriske resultater knytter seg til hva som skjer med organisasjonen når teknologi innføres.

Når vi har lest gjennom følgeforskningsrapportene som er gjennomført ser organisasjonsspørsmål er lite belyst. De har hatt tatt utgangspunkt i gevinster, brukeropplevelser, holdninger og resultater av spørreundersøkelser. I et spredningsperspektiv er dette viktig, men også erfaringer knyttet til bredden av organisasjonsendringer er relevante. Vi tror derfor at våre data kan supplere følgeforskningsprogrammet med hvordan kommunene som organisasjon påvirkes og hva som har skjedd i innføringsperioden. Forhåpentligvis kan intervjuer gi oss nyansforskjeller i forhold til følgeforskningsrapportene vi har tatt ut konklusjonene.

Oppgaven inneholder en casestudie av to kommuner. Forskjeller og likheter mellom kommunen i oversettelsen vil vi vurdere. Ved å bruke oversettelsesrammen får vi innblikk i hvordan ideen er tolket og beskrevet i casekommunene. I denne sammenheng er det også relevant å vurdere hvem som har bidratt med ideene og om kommunene har fått hjelp til å utvikle konsepter?

Når kommunen tar velferdsteknologi i bruk er sentrale spørsmål om ideen er kopiert, omformulert eller radikalt endret. Organisasjonsideer kan også avvises eller tas inn og ikke bli brukt. For disse spørsmålene hjelper oversettelsesrammene oss til å vurdere hvordan kommunen har gjennomført sine prosesser og om det er etablert ny praksis. Vår problemstilling er formulert med henblikk på hvordan organisasjonen da er påvirket. Vi vil da se etter eksempelvis nye rutiner, nye samhandlingsmønstre nye organisasjonsstrukturer.

Innovasjon spiller en viktig rolle i fortellingen omkring innføring av ny teknologi. I analysen har det derfor interesse å vurdere hvilken rolle innovasjon spiller i innføring og hvordan dette er tolket av kommune. Når vi skal vurdere resultatene og erfaringene er det relevant å stille spørsmål om det har funnet sted et klart brudd med hvordan kommunen tidligere har levert tjenester, organisert seg på og hvilke ressursendringer som kan påregnes.

3.0 Forskningsdesign og metode

3.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi forskningsprosessen i vår studie og bakgrunn for våre valg av metoder. Vi starter med å presentere forskningsdesignet og metodene vi valgte i dette prosjektet. Deretter vil vi drøfte andre metoder som vi kunne valgt istedenfor. Videre vil vi si hvordan vi forberedte oss til datainnsamling, hvordan vi gjennomførte datainnsamling og analyserte datamaterialet. Avslutningsvis har vi tenkt å drøfte validitet og reliabilitet og de etiske problemstillingene vi stod ovenfor i prosessen i en styrke/svakhet kontekst.

Gjennom forskningsdesign og metode vil vi forsøke å få svar på oppgavens problemstilling.

Vi har valgt en komparativ analyse av to kommuner; en vestlandskommune og østlandskommune. Kommunene er deltaker i samme nasjonale program, Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP). Metodene vi har valgt skal hjelpe oss med å studere kommunene men også hvordan programmets utforming og om det har påvirket kommunenes innføring og resultater av velferdsteknologi.

3.2 Forskningsdesign

I følge Silverman (2014) må man tenke på følgende problemstillinger for å finne et effektivt forskningsdesign som passer til det vi ønsker å studere: (1) vurder rekkevidden av datainnsamlingsmetoder man kan bruke, (2) sørg for å velge en metode som passer til temaet og problemstillingen, (3) unngå å bruke for mange datainnsamlingsmetoder og (4) pass på at man ikke samler inn for mye data.

Vi vurderte det slik at for å besvare vår problemstilling måtte vi ta i bruk minst to datainnsamlingsmetoder; datainnsamling gjennom offentlige dokumenter og intervju i de to kommunene vi så for oss å undersøke. Vi vurderte tilgjengelighet og tidsperspektiv, da vi har en begrenset periode til å utføre undersøkelsen vår. Vi konkluderte med at vi ønsket å bruke et kvalitativt forskningsdesign, siden det passet inn i de metodene vi så for oss å bruke.

Yin (2009) nevner tre vilkår som må vurderes når man skal velge case som forskningsdesign. 1) hvordan er forskningsspørsmålene stilt? 2) hvilken kontroll har du som forsker over hendelsene? og 3) grad av fokus på hendelser i samtid framfor i fortid. Ser vi at i vår problemstilling har vi stilt hvordan og hvorfor spørsmål som Yin (ibid.) mener kan tale for at case-studie er det rette designet å bruke. Vilkår nr. to går ut på at vi som forskere ikke har påvirkningskraft på de hendelsene vi studerer. Det tredje vilkåret går ut på at en case-studie er å studere hendelser som har oppstått i vår samtid.

I vår oppgave studerer vi statlig politikk og hvordan den aktuelle politikken blir implementert i to kommuner. Hendelsene har skjedd noen år tilbake, og det siste prosjektet ble startet for mer enn ett år siden og pågår enda. Vi har ingen påvirkningskraft på det som har skjedd eller det som vil kunne skje fremover på statlig plan eller i kommunene vi undersøkte. De tre vilkårene til Yin ser ut til å passe vår studie.

Designet er et multi-case design som er komparativt, hvor vi sammenligner kommunene en østlandskommune og en vestlandskommune. Siden vi er tre personer som skriver denne oppgaven sammen, vurderte vi det til at vi burde benytte den ekstra kapasiteten til å kunne gjøre en sammenligning mellom de to kommunene. Vi ønsker å se på om grunnene for å implementere velferdsteknologi er forskjellig, om kommunene har noen særtrekk i hvordan de innfører velferdsteknologi og hvilke effekter dette har gitt. Oppsummert er spørsmålene hvorfor, hvordan og effekter/erfaringer med velferdsteknologi. Vi intervjuet tre nøkkelpersoner i hver kommune og vi har analysert cirka 10 strategiske dokumenter og rapporter fra kommunene.

3.3 Datainnsamling

Vi famlet litt i starten og tenkte først å lage et historisk overblikk over den statlige politikkkutformingene innenfor velferdsteknologi. Den statlige politikken er bred og tverrsektorielt overgripende, og hver regjering ønsker å fargelegge med sin politikk på området. Vi fant ut at det ble veldig omfattende og vi endret problemstillingen til å se på hvordan statlig politikk ser ut i dag. Vi har lest mengder med offentlige dokumenter hvor vi lagde lengre oppsummeringer av hvert dokument slik at vi fikk et innblikk i hva dokumentene fortalte oss. Noen dokumenter viste til andre dokumenter slik at det ene dokumentet førte til det andre. Stortingsmeldinger og offentlige utredninger (NOU) ble hentet fra internett og sidene til regjeringen.

Veiledningsverktøy fant vi gjennom KS sine hjemmesider (tidligere kalt Kommunesektorens Sentralforbund) og Direktoratet for e-helse sine hjemmesider. Gjennom de offentlige dokumentene fant vi fram til de to kommunene vi ønsket å se nærmere på med hensyn til implementering av den statlige politikken på området.

Før vi fant de to kommunene vi har studert, lette vi etter kommuner gjennom publiserte forskningsrapporter på nettet. Vi brukte våre nettverk i kommunesektoren og kontaktet kommuner som arbeidet med å etablere felles alarmmottak av digitale trygghetsalarmer. Derimot var ikke prosjektet kommet i gang skikkelig, og derfor var det liten erfaring med arbeidet. Vi la det derfor fra oss.

Deretter kontaktet vi enkeltpersoner i NVP, for å spørre de om de kunne peke på interessante case. Det var slik vi først ble oppmerksom til vestlandskommunens arbeid med avstandsoppfølging. Og litt tilfeldig fikk vi høre om østlandskommunen sitt arbeid i samme prosjekt. Vi fikk kontaktpersoner til prosjektlederne i de to kommunene for å spørre om de kunne tenke seg å la seg intervju. Prosjektene de arbeidet med hadde til hensikt å innføre velferdsteknologi i avstandsoppfølging av kronisk syke. Oppdragene var gitt av Helsedirektoratet og var ulike hverandre, noe som gjorde casene interessante. Vi mente at dette kunne legge til rette for en komparativ analyse av de to kommunene.

I starten vurderte vi en kvantitativ undersøkelsesmetode. Men vi fant fort ut av at det ville kreve spørreskjemaer og mange flere respondenter. Med henvisning til Yin (2009) så passer spørreundersøkelser mer til spørsmål om «hvem», «hva», «hvor», «hvor mye» og «hvor mange». Det passet ikke vår problemstilling. Vi mente at dybdeintervju var den beste måten å få svar på spørsmålene våre. Vårt mål var å se hvordan kommunene har implementert velferdsteknologi og for å få innblikk i ulike trekk ved implementeringsfasen. Med dybdeintervju kunne vi få fanget opp tema vi ikke hadde tenkt på og respondentene kunne svare mer utdypende enn det de hadde kunnet med spørreundersøkelse som metode.

Vi tok kontakt med prosjektlederne i de to kommunene. Etter at vi forklarte hva vi ønsket å studere, fant de to prosjektlederne de ulike respondentene for oss. Vi fikk seks respondenter; tre fra østlandskommunen tre fra vestlandskommunen. Av prosjektlederne fikk vi henvisninger til kommunedelplaner og prosjektrapportene som vi har analysert i tillegg.

3.4 Dokumenter

Dokumenter og tekster er en form for data som ikke er fremprovosert av forskere.

Silverman (2014) lister opp en rekke fordeler med dokumenter som inneholder tekst:

1. Rikhet: en nærmere analyse av skreven tekst avdekker de subtile ferdighetene til forfatteren.
2. Relevans og effekt: tekst påvirker hvordan vi ser verden og personene i den og hvordan vi handler – tenk på reklamer og CV'er.
3. Naturlig forekommende: Tekst dokumenterer hva aktørene faktisk gjør i verden – uten at det blir framprovosert av en forsker.
4. Tilgjengelighet: Tekst er vanligvis lett tilgjengelig og er ikke alltid av tilgang og etniske begrensninger. Siden de raskt kan bli innsamlet, starter vi å analysere tidlig.

(Silverman 2014, s. 276, tabell 10.1).

Dokumentene vi har samlet inn i studien er i grove trekk to typer; den første er sentrale offentlige dokumenter og er et resultat av politikktutforming fra sentralt hold og den andre typen er dokumenter som er offentlige men relatert til organisasjonene og deres innføring av velferdsteknologi.

NOU'er, stortingsmeldinger, handlingsplaner og veiledere er dokumenter som er skrevet av offentlige virksomheter, ment for publikum og andre offentlige virksomheter som helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Politikken har i stor grad blitt utformet av inspirasjon fra andre vestlige land, forskningsmiljø og fra større internasjonale organisasjoner som verdens helseorganisasjon. Som nevnt tidligere hadde vi i utgangspunktet tenkt å se utviklingen på den sentrale politikken og hvordan norsk politikk har blitt påvirket over tid fra krefter utenfra, men det lot seg vanskelig gjøre på grunn av tid og begrensede tilganger og ressurser. I veiledningsmateriellet som har blitt publisert, blir politikken omgjort til praksis i et forsøk med å hjelpe andre med å innføre velferdsteknologi. Og vi kan trekke fram at det har blitt presentert gevinstrealiseringsrapporter, noe som skal være med å legitimere innføringen av velferdsteknologi. Det var noe vi ville utforske om de to kommunene tok i bruk.

De organisasjonsspesifikke dokumentene er handlingsplaner i kommunene som sier om hvordan kommunene skal møte morgendagens utfordringer med hjelp av nye arbeidsmetoder og teknologi. Vi har i tillegg studert delrapportene i prosjektene hvor det er gjort følgeforskning på prosjektene til kommunene. Rapportene peker på eventuelle funn og trender som de ønsker å følge opp videre.

3.4.1 Analyse av dokumentene

Når vi gikk gjennom dokumentene hadde vi noe ulike innfallsvinkel til de forskjellige dokumentene. De statlige dokumentene som handlingsplaner og stortingsmeldinger inneholder politikk og løsninger som det kan være bred enighet om. Vi har studert disse dokumentene for å konstatere den uttalte politikken til styresmaktene. I tillegg har vi sett overnevnte dokumenter opp mot anbefalingene som er gitt i offentlige utredninger. Når vi gjennomgikk veilederne hadde vi et kritisk blikk på det som omtaler gevinstrealisering. Kan det virkelig være så enkelt å måle gevinster? Og er det kostnader i disse rapportene som ikke blir nevnt? Det var viktig for oss å lese denne litteraturen for å forstå hva som kunne påvirke de kommunene vi skulle undersøke, og om det var samsvar mellom statlig politikk og implementering i kommunene.

For å sjekke ut om praksis og lære stemte overens i kommunene så leste vi handlingsplaner og strategier for velferdsteknologi i kommunene. Dette er dokumenter som er visjonære og overordnede. I vår oppgave gir de oss et overblikk over hva kommunene har til intensjon med å innføre velferdsteknologi, og hvilken rolle teknologien har for kommunen. Dokumentene viser også om statlig politikk blir gjenfortalt på et kommunalt nivå.

Rapportene fra kommunene selv og fra følgeforskningene i prosjektene ble også gjennomgått. For oss har det gitt verdifull informasjon om hvilke særtrekk prosjektene har i de to kommunene. Rapportene gir en bakgrunn for prosjektet og opplyser om fakta; hva har oppdragene til kommunene vært og hva er resultatene. Rapportene sier lite om hvordan prosessene har vært og bakgrunnen for at kommunene valgte å bli med i prosjektet, og det må vi få svar gjennom å utføre intervjuer. I tillegg bruker vi rapportene for å sammenligne og validere mot det som ble sagt av respondentene i intervjuene. Sluttrapportene forelå ikke når vi analyserte dokumentene, og derfor har

vi ikke kunne konkludert med resultatene av prosjektene, men de har pekt på ulike indikasjoner.

I tillegg har vi sett på de siste budsjett og økonomiplaner til kommunene, som er kommunens mest operative styringsdokument. Disse er verdifulle for å kunne si noe om prioriteringer innenfor området – og gir oss et bilde av hvordan kommunene faktisk prioriterer innføringen, noe en overordnet strategi ikke kan gi oss. Dokumentene ble også brukt til å validere utsagn fra respondentene.

3.5 Intervjuene

Intervjuene ble gjennomført fordi vi mente at vi best fikk svar på vår problemstilling ved å kunne stille spørsmål og utdypende spørsmål til personer som arbeider med velferdsteknologi i de to kommunene. Vi ønsket å se på hvorfor og hvordan velferdsteknologi ble implementert i kommunene og hva implementeringen har resultert for organisasjonen. Typiske delspørsmål kunne være i hvilken grad de benyttet seg av veilederne fra sentralt hold, hvordan ble de tilført ressurser, hvem initierte satsingen og hva har velferdsteknologi medført av organisatoriske endringer eller behov. Under intervjuene har vi spurt respondentene om oppfatninger om hvordan brukerne har opplevd teknologien. Når vi har analysert intervjuene har vi sett det opp mot rapporter fra følgeforskningen gjort i prosjektene.

3.5.1 Utvalg

I starten var det vanskelig å si hvem som kunne svare på spørsmålene våre. Vi lente oss til prosjektlederne i kommunene. De kjente satsingen sin best, og de foreslo respondenter som oppgaver som relateres til innføring av velferdsteknologi i de to kommunene. Man kan godt sammenligne utvalgsmetoden med det Silverman (2014) betrakter som snøball-metoden, at en person anbefaler en annen person som de tenker kan bidra til prosjektet. I tillegg ønsket vi å intervju personer på ulike nivå i kommunene. Vi erkjenner at vi ikke fikk til å intervju respondenter på det øverste nivået i kommunene. Det kunne gitt dataene en ekstra dimensjon, spesielt med tanke på spørsmålet om hvorfor satsingen er blitt igangsatt.

Før intervjuene startet ble det delt ut informasjon- og samtykkeskriv (se vedlegg til oppgaven). Skrivet inneholdt informasjon om prosjektet, kontaktinformasjon og hva vi skulle bruke intervjuene til. De ble opplyst om at de hadde mulighet til å trekke seg og at vi anonymiserer svarene. I tillegg fikk de vite hvordan data ble lagret og når de ville bli slettet. Alle respondentene signerte samtykket og var innforstått med prosjektets formål.

Som nevnt tidligere i kapittelet fikk vi seks respondenter, tre fra hver kommune. Vestlandskommunen stilte med en leder, en prosjektleder og en koordinator/rådgiver. Lederen var ansatt etter at satsingen på velferdsteknologi hadde startet, men rett før avstandsoppfølgingsprosjektet ble igangsatt. Prosjektleder var frikjøpt fra sitt arbeidet som enhetsleder i en annen. Koordinator/rådgiver har tidligere jobbet i hjemmetjenesten og har helsefaglig bakgrunn. Østlandskommunen kunne stille med en prosjektleder, koordinator og rådgiver. Alle tre hadde helsefaglig bakgrunn og lang erfaring fra kommunal helsesektor. Prosjektlederen hadde vært med på flere velferdsteknologiske prosjekt i kommunen.

Leder i vestlandskommunen og prosjektleder i østlandskommunen er deltaker i jevnlige møter med kommunesjef, hvor beslutningene vedrørende velferdsteknologisk satsing blir tatt. Vi mener det er en styrke at vi fikk personer som hadde innsikt i de prosessene, men vi skulle gjerne intervjuet selve beslutningstakerne. Men de øvrige respondentene mener vi gav god innsikt og svar på spørsmålene våre, sett fra ulike ståsteder, slik at vi kunne validere det de sa uavhengig av hverandre.

3.5.2 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført i kommunene i februar måned. Vi gjennomførte ett intervju i mars måned gjennom Skype (avstandsintervju). Vi har ikke hatt særlig kontakt etter at intervjuene ble gjennomført. Kommunene har etter deres ønske fått lese igjennom det vi har skrevet om dem, uten at de hadde noe å bemerke. Vi valgte å besøke respondentene fordi vi lettere kunne skape et tillitsforhold ved å treffe de i deres miljø. Johannesen & Tufte (2003) skriver at det kan være lurt å la respondenten foreslår sted. Da kan respondenten slappe av og være konsentrert. De skriver at det er viktig at informanten blir forstyrret. I tillegg var det praktisk i forhold til

våre jobber å kunne ta fri en periode for å konsentrere oss 100 % om datainnsamling. En respondent passet det ikke for når vi kom, og vi avtalte et intervju over Skype da det ville bli tidkrevende for oss å reise tilbake. Det fungerte veldig bra, og vi fikk en god kjemi selv om vi ikke var i samme rom. Vi utførte alle intervjuene individuelt, ingen gruppeintervjuer.

Vi tilstrebet en semi-strukturert intervjuform i alle intervjuene, og vi hadde en intervjuguide som var nok så universal for de ulike respondentene. Dette ønsket vi å gjøre fordi vi ønsker å kunne sammenligne respondentene sine svar, men at vi også skulle ha en åpning for naturlig dialog og fleksibilitet. Denne formen for intervju blir også kalt samtaleintervju (Ringdal, 2007).

Vi startet alle intervjuene med å informere muntlig om prosjektet og at de hadde mulighet til å stoppe intervjuet dersom de følte for det. Vi hadde fått en tidsramme av prosjektlederne på cirka én time hver. Ved enkelte respondenter var det enklere å holde tidsrammen, mens for andre skled intervjuet ut over tidsrammen. Alle intervjuer ble avsluttet med et åpent spørsmål om resultater for satsingen, hvor de kunne oppsummere hvis det noe de følte de hadde glemt.

Vår intervjuguide følger i store trekk Ringdal (2007) sine anbefalinger for et en guide til samtaleintervju. I intervjuguidene var det delspørsmål og stikkord som var tenkt ut på forhånd sett i sammenheng for de ulike forskningsspørsmålene vi ønsket å få svar på. Vi delte inn i hovedspørsmål og stilte oppfølgingsspørsmål ut ifra en forberedt liste med stikkord, for å minimere påvirkningen vi som intervjuere kan ha i intervjusituasjonen. Strukturen ble fulgt i stor grad men vi hoppet litt fra tema til tema og fant fort ut at svarene ofte vekslet mellom de ulike temaene. I intervjuguiden var vi forsiktig med å bruke for mange fremmede begreper, men ved transkriberingen ble det oppdaget at vi likevel hadde sagt noen fremmedord som kunne virke forvirrende for respondentene. Vi gjorde lydopptak og transkriberte alle intervjuene. Underveis i intervjuene skrev vi ned oppfølgingsspørsmål som vi kom på å stille når det passet. Vi gjorde ikke flere notater, men vi hadde tre ulike lydopptak, fra tre forskjellige mobiltelefoner, som gjorde at vi sikret minst ett opptak med god lyd og back-up dersom det skulle skje noe de andre lydopptakene.

3.5.3 Transkribering og analyse av intervjuene

Ganske umiddelbart etter intervjuene startet vi å transkribere intervjuene.

Lydopptakene var av god kvalitet. Silverman (2014) skriver at man bør starte med analysen så tidlig som mulig og unngå hastverksarbeid. Og han gir gode tips om at i designfasen bør man tenke ut en datainnsamlingsmetode hvor dataene er lett tilgjengelig og at man bør ikke transkribere alle intervjuene med en gang, da det vil forsinke analysen. Han skriver at vi bør analysere en til to eksempler og analysere de før vi går videre. Det er fordi da kan man enklere bestemme seg for hva man ønsker å transkribere fullt ut, fremfor å kun transkribere det vesentlige. Vi analyserte alle intervju hver for oss, men startet å analysere intervjuene relativt raskt. Hvert intervju tok 5-6 timer å transkribere.

Vi var påpasselige med å benytte en den muntlige formen som var i intervjuene, og vi skrev ordrett ned hva som ble sagt. Avbrytelser, nøling og pauser ble også notert ned dersom vi skulle finne på å analysere intervjuene på en annen måte enn opprinnelig tenkt.

Vi kopierte inn linje for linje inn i Excel og deretter kategoriserte vi svarene til respondentene inn i 3-4 kategorier; en kategori for hvorfor de har innført velferdsteknologi, en for hvordan og til slutt hva innføringen har gjort med organisasjonen. Den fjerde kategorien ble en x- kategori hvor vi plasserte de svarene vi ikke kunne henge på de tre andre.

Deretter skrev vi korte oppsummeringer fra hver kategori for hver respondent, og til slutt en oppsummering for hver respondent. Vi sammenlignet respondentene i samme kommune og tok ut enkeltsetninger som kunne beskrive ulike trekk i forhold til de tre spørsmålene vi søkte svar på. Til slutt sammenlignet vi svarene fra de to kommunene. Vi har presentert likheter og ulikheter mellom kommunene i tabeller. Videre i drøftingsdelen har vi knyttet den teoretiske innfallsvinkelen til Røvik mot dataene vi har fått av dokumenter og intervjuene.

3.6 Analysemodell

Silverman (2014) nevner tre hovedkategorier innen rammeverk for analyse av kvalitative data; innholdsanalyse (content analysis), grunnet teori (grounded theory) og narrative analyse. Narrativ analyse er opptatt av språket og forstå logikken og fortellingene bakom språket og er en del av det konstruktivistiske rammeverket. Grunnet teori er en analysemetode som er utforskende og er opptatt av å avdekke ny kunnskap og teorier grunnet i dataene som er samlet inn (ibid.). Innholdsanalyse er en analysemetode som forsøker å kategorisere innholdet i tekst, og intervjuer etter at de er omgjort til tekst (transkribert). Dette for å kunne gjøre store mengder data mer håndterbart. Som illustrert ovenfor kategoriserte og systematiserte vi dataene våre. Det gjorde vi i større grad med intervjudataene enn med dokumentene vi har analysert. Dokumentene har vi større grad tatt utdrag av det vi har sett som relevant innenfor velferdsteknologi. Vi har derfor ikke vært særlig rigid med å holde oss innenfor en stil, men har heller vært mer eklektisk.

For å sammenligne dataene fra de to ulike kommunene har vi utarbeidet et skjema hvor vi la inn sammendrag av dataene våre inn i kategoriene likheter og ulikheter knyttet mot de tre delproblemstillingene våre. Vi viser forøvrig til vår modell for å analysere datamaterialet i tabell 2.2 under kapittel 2.6.

3.7 Validitet og relabilitet

For å gjøre en vurdering av en studie mener Moisander & Valtonen (2006) i Silverman (2014) at man stille seg en del spørsmål som omhandler validitet og relabilitet. De argumenter for at studier bør inneholde tema og problemstillinger som er viktig for feltet som undersøkes, at studien er et bidrag til eksisterende forskning og teoretiske debatter, at studien konseptuell rigid på å tydeliggjøre teoretiske perspektiver, har klare mål og meninger, behandler relevant litteratur korrekt og har logiske resonnerer. I tillegg skriver de at studien bør være grundig metodisk med tanke på bruk av passende metoder, passende og tilstrekkelig data og en grundig og nyskapende analyse. Og til slutt sier de at studien bør være tydelig i skriftspråk og argumentasjon. (Vår oversettelse av Moisander & Valtonen 2006, i Silverman 2014, s. 79).

Kort fortalt kan validitet sies å være i hvilken grad en redegjørelse nøyaktig representerer den det sosiale fenomenet som redegjørelsen refererer til (Vår oversettelse av Hammersley 1990, i Silverman 2014, s. 90). Eller med andre ord kan vi stille spørsmålet om hvor representativ er våre funn i studien ikke bare for de to kommunene vi studerte men for de andre kommunene i landet.

Kirk og Miller (1986) i Silverman (2014) forklarer reliabilitet som: «Reliability usually refers to the degree to which the findings of a study are independent of accidental circumstances of their production» (Kirk & Miller 1986 i Silverman 2014, s. 83). Det vil si at hvis noen kopierer studien på et fremtidig tidspunkt, hvor sannsynlig vil de komme fram til samme resultat, tolkninger og påstander.

Først ser vi på problemstillingen og temaet vi har valgt. I studieplanen til studiet MPA ved Høgskolen i Innlandet kan man lese at «Studiet gir kunnskaper om hvilke idestrømninger og krefter som former offentlige organisasjoner, og hvordan planlegging og innovasjon bidrar til å forme det moderne servicesamfunnet» (Høgskolen Innlandet, 2018, avsnitt 2). Vi mener at problemstillingen derfor er relevant da innføringen av velferdsteknologi er med å påvirker offentlige organisasjoner og vi benytter en teoretisk innfallsvinkel som er gjennomgått i studiet og inngår i faget om organisasjonsteorier og organisasjonsutforming i offentlig sektor. I tillegg styrkes validiteten med at vi mener problemstillingen kan være overførbart til andre sammenhenger enn kun de to kommunene vi har sett på.

De metodene vi har valgt å bruke er også med å øke reliabiliteten til oppgaven, ved at vi har valgt å benytte dokumenter og intervjuer, to datakilder som sammen øker reliabiliteten dersom de samsvarer eller kan bekrefte hverandre. Alle dokumentene er etterprøvbare, da de er offentlige dokumenter, både de sentrale og de organisasjonsspesifikke dokumentene. Dokumentene er produsert av offentlige utvalg, departement og direktorater og forskere som har publisert rapporter ved følgeforskning. Derfor vil vi si at dokumentene vi har valgt fører med seg validitet i prosjektet vårt. Bredde av dokumenter innenfor den sentrale politikktutforming, skrevet av ulike forfattere, kan også være med å skape en validitet i studien. De organisatoriske dokumentene vil kunne validere konklusjonene innenfor de to case-kommunene vi har studert, sett opp mot intervjuene vi gjorde.

I intervjusammenheng vil etterprøvbarehet og troverdighet være vanskeligere å hevde enn ved offentlige dokumenter. Etterprøvbareheten er avhengig av om det er foretatt opptak av intervjuer, eventuelle notater og transkribering. Siden vi tok opptak og transkriberte såpass nøye, mener vi at etterprøvbareheten er godt ivaretatt. For å oppnå troverdighet var det viktig at respondentene hadde kunnskap om de spørsmålene vi søkte svar på. For å styrke validiteten enda mer ser vi at det hadde vært bra å ha respondenter som er ansatt på kommunesjefens nivå eller høyere, og var aktivt med i beslutningsprosessen. Men vi fikk respondenter for begge kommunene som var delaktig i forumet hvor beslutningene ble tatt på kommunalsjefnivå i kommunene. Vi hadde respondenter som hadde ulike roller ved innføringene og det mener vi har vært med å styrke validiteten til undersøkelsen. Underveis i intervjuene forsøkte vi å sikre at utsagn ble tolket riktig. Vi stilte oppfølgingsspørsmål og spørsmål om forståelsen av utsagnet. Det gav mulighet for respondenten å korrigere utsagnet sitt eller bekrefte at vi hadde forstått det korrekt. De respondentene som ba om det fikk oversendt deler av oppgaven for å kvalitetssikre utsagn og konklusjoner. Dette mener vi kan ha bidratt positivt til validiteten av intervjuene. Antall respondenter er noe som begrenser vår mulighet til å generalisere og konkludere alene på bakgrunn av intervjuene, og derfor var det helt nødvendig å supplere med organisatoriske dokumenter.

Å ta respondentene sine vurderinger «at Face value» vil si at vi ikke forsøker å komme bak respondentene sine oppfatninger og meninger ved å fortolke hva de egentlig mener. Vi forsøkt å validere opplysningene informantene har gitt oss opp mot organisasjonens dokumenter eller annen dokumentasjon. Dersom opplysningene ikke har latt seg validere har vi vært forsiktig med å legge vekt på utsagnene, da vi i utgangspunktet har en positivistisk forskerholdning som betyr at vi er opptatt av å beskrive virkeligheten slik den blir presentert gjennom respondentene og dokumentene vi har analysert.

3.8 Etikk

I forkant av intervjuene delte vi ut et informasjonsskriv og samtykkeerklæring om deltakelse i studien. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studiet vårt, hvilke forskningsspørsmål som ble stilt, hvordan data ble lagret og retten til å trekke seg når som helst i løpet av studiet. Vi informerte også om at dersom vi skulle bruke direkte sitat vil vi ta kontakt igjen. Vi informerte også om at studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning hos NSD (Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste). I Silverman (2014) viser de til at informert samtykke er sentralt i de fleste etiske retningslinjene. Ryen (2004) som gjengis av Silverman (2014) skriver at informert samtykke er at respondentene har rett til å vite at de blir forsket på, rett til å bli informert om formålet med forskingen og at de bør ha rett til å trekke seg når som helst. Videre skriver Silverman (2014) at informasjonsretten til respondenten betyr at informasjonen må gis på et så detaljert nivå at de ikke blir forledet, men at de kan forstå hva forskingen faktisk handler om.

Informasjonen ble oversendt godt tid i forkant av intervjuene og repetert i starten av hvert intervju. Samtykkeerklæringene var ferdig signert når vi møtte respondentene. Vi fikk en forståelse av at respondentene hadde frivillig sagt seg villig til å være med, og at de var normalt oppegående mennesker som forstod hva studiet innebar. Vi fikk et inntrykk av at de var oppriktig engasjert i sitt arbeid og delte gjerne sine erfaringer og tanker rundt temaet. Vi har konkludert at alle respondenter deltok under informert samtykke.

Vi har anonymisert respondentene og ikke gitt utenforstående innsyn i grunnlagsdataene. Vi kjenner navnene til respondentene, men har anonymisert dette i transkriberingen. Etter at sensur foreligger blir data slettet. Skriftspråket er gjort om til bokmål som gjør at dialekt ikke kan identifiseres. I oppgaven har vi valgt å nummerere respondentene for å kunne skille de fra hverandre.

Vi har vurdert at det er ingen negative konsekvenser for deltakerne for å være med på studien. Vi har utelukkende vært opptatt av å finne trekk ved innføring av velferdsteknologi. Eventuelle karakteristikk av andre kommuner eller negative kommentarer som kan virke skadende for respondent har vi valgt å holde utenfor. Det var én respondent som ba oss om å ikke sitere et eksempel fra en pasient, og vi respekterte det ønsket selv om opplysningene ikke hadde taushetsbelagt informasjon

siden innholdet i eksempelet var anonymisert. I bunn og grunn har vi konkludert med at de forskningsetiske spørsmålene kan besvares med sunn fornuft, så lenge man si at man har drøftet spørsmålene mot de tre hensynene vi har skrevet om ovenfor.

3.9 Oppsummering

Vi har i kapittelet vurdert og begrunnet de valgene som er gjort gjennom forskningsprosessen og hvordan oppgavens metode og design følger opp krav til validitet og reliabilitet. Det er også gjort etiske betraktninger rundt studien. Vi har utført en komparativ case-studie, hvor vi analyserer nasjonale og kommunale offentlige dokumenter og vi har intervjuet 6 respondenter.

I utgangspunktet har vi relativt få respondenter. Vi skulle gjerne hatt flere fra et høyere og lavere nivå i kommunene. Særlig knytter dette seg opp mot face-value problematikken og at det er vanskelig å sammenligne påstandene fra respondentene med et lavere utvalg enn ved motsatt tilfelle. For å kompensere det relativt lave antall respondenter har vi valgt å bruke dokumenter til å validere datamaterialet fra intervjuene.

Datamaterialet vi får fra intervjuene og dokumentene har vi knyttet opp mot problemstillingene vi søker svar på. Vi har analysert datamaterialet mot translasjonsteori slik som Røvik (2007) legger vekt på.

4.0. Sektoriell politikk

Dette kapitlet skal beskrive den sektorielle politikken på de områdene vi forsøker å belyse i våre forskningsspørsmål. Innledningsvis ønsker vi å gi begrepsmessige avgrensinger og definisjoner som setter en ramme for å beskrive aktuell politikk for sektoren og teknologiområdet. Gjennomgangen av aktuell politikk tar utgangspunkt i sentrale virkemidler for styring og ser på hvordan organisasjon og arbeidsdeling, sammen med lover og regler og de økonomiske rammene, politiske føringer, styringsvedtak og strategier som knyttes opp mot innføringen av velferdsteknologi i sektoren. Sentralt i vårt arbeid med dette kapitlet har vært en kronologisk gjennomgang av sentrale styringsdokumenter og planer siden 2000. (vedlegg 1)

4.1 Avgrensninger og definisjoner

I det følgende ønsker vi å gi begrepsmessige avgrensninger på sentrale områder som omhandles i oppgaven og videre i dette kapittelet.

Politikk defineres som den aktivitet som går ut på å styre eller lede samfunnsutviklingen. Begrepet kan defineres vidt og ta opp i seg alle sosiale forhold som innebærer fordeling av goder og byrder ved bruk av makt, eller det kan gis en smalere definisjon om forholdet mellom statsorganene og det øvrige samfunn. I vår tilnærming er den siste definisjonen mest hensiktsmessig og ettersom det er de statlige organer som står for fastsettelsen av styringsinnholdet, er politikk i praksis virksomheten som skjer i tilknytning til statsorganene. Statsmaktene er en betegnelse brukt om statlige organer knyttet til styringsfunksjoner de har i et politisk system. De tre statsmakter er den lovgivende, som er stortinget, den utøvende som er regjeringen, administrasjonen og byråkratiet med ansvar for å iverksette stortingets vedtak, og til slutt den dømmende som er domstolene med ansvar for kontroll av at reglene blir fulgt. Sektoriellpolitikk refererer til aktivitet rettet mot utformingen av offentlig politikk innenfor et avgrenset samfunnsområde og dreier seg om en kanalisering av påvirkning fra staten til samfunnet eller selve styringen på området. (Berg, 2018).

Fra vårt ståsted er styringsbegrepet sentralt. Christensen et.al (2004) viser til at styring ut fra et instrumentelt perspektiv vil kunne skje dels ved utforming av organisasjonsstrukturen og forholdet til omgivelsene, og dels ved formålsrasjonelle handlinger innenfor disse rammene. Når det gjelder strukturelle trekk omfatter det organisering av byråkratiet, hierarki, arbeidsdeling og rutiner. Det politiske- og administrative lederskapet henter sitt mandat fra innbyggerne gjennom demokratiet, og styrer gjennom formelle organisasjonsformer, lover, regler og vedtak.

I vår oppgave knyttes teknologi sammen med begrepet velferd.

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på

tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (NOU 2011:11, s. 99).

Definisjonen gjør ikke et eksplisitt skille mellom teknologi som gjenstand, kunnskap eller organisering jamfør Custers teknologi perspektiver belyst i kapittel 2.

Digitalisering er også et begrep som går igjen i dokumenter og strategier for modernisering av velferdssektoren. Bratbergsengen (2017) trekker frem to ulike betydninger av begrepet. Det første handler om å gjenskape en fysisk gjenstand, prosess, hendelse eller et fenomen digitalt. Denne betydningen brukes blant annet om digitalisering av tekst, lyd og bilder. Fordelene med en slik digitalisering er mange og medfører at oppgaver kan effektiviseres ved at det digitale dokumentet kan behandles og distribueres gjennom en felles infrastruktur i form av databaser, websider og e-mail. Det finnes også utfordringer. Disse er knyttet til informasjonssikkerhet, personvern og teknologiske sperrer i form av ulike formater og plattformer. Både fordelene og ulempene ser en igjen i helsesektoren blant annet i arbeidet med Elektronisk Pasient Journal (EPJ).

Den andre betydningen av digitalisering Bratbergsengen (2017) trekker frem omhandler datatekniske metoder og verktøy som har til hensikt å erstatte, effektivisere eller automatisere manuelle eller fysiske oppgaver. Dette omtales som digitalisering av virksomhet eller sektor. Dette eksemplifiseres ved digitaliseringen av telenettet, digitalisering av offentlig sektor eller elektroniske resepter, og det vises til at dette er en mer omfattende prosess enn å bare digitalisere oppgavene og medfører som regel både omorganisering, behov for ny kompetanse og endring av arbeidsoppgaver. Denne formen for digitalisering kan knyttes opp mot ulike hjelpemidler som går under betegnelsen velferdsteknologi. Et eksempel er digitaliseringen av trygghetsalarmer som åpner opp for at teknologien kan brukes på flere typer tjenester enn den opprinnelige analoge alarmer.

Digitaliseringsbegrepet knyttets i helse og omsorgssektorens særlig opp mot E-helse. E-Helse defineres som:

En samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT til forbedring av kvalitet, sikkerhet og effektivitet i helse- og omsorgstjenesten. I dette ligger utvikling og bruk av IKT til å håndtere (registrere, utveksle, lagre, hente mm) helserelevante data mellom pasienter og helse- og omsorgstjenesten, utveksling av data mellom virksomheter, en til en-kommunikasjon mellom pasienter og/eller helsepersonell(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 s. 2).

Begrepet IKT, er kortformen av Informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som er en samlebetegnelse for teknologi for innhenting, overføring, bearbeiding, lagring og presentasjon av informasjon. IKT er en videreføring av begrepet informasjonsteknologi (IT) som i større grad omfatter teknologi for formidling av informasjon (Informasjons og Kommunikasjonsteknologi, 2018).

E-Helse og velferdsteknologi regnes som to ulike felt og satsningsområder i helse- og omsorgssektoren. «Velferdsteknologi og e-helse både overlapper hverandre og omfatter teknologiske løsninger som hver for seg kun kommer inn under ett av begrepene» (Helsedirektoratet 2012, s.16). I praksis har utviklingen over tid skjedd parallelt med mange felles utfordringer og løsninger. Disse er knyttet opp mot sektorielle områder som lovgivning, teknisk utvikling og innovasjon, strategier, aktører, politikk med mer. Det er derfor hensiktsmessig i vårt videre arbeid med å gjøre rede for aktuell politikk på velferdsteknologi, å se denne i sammenheng med politikken på E-helse.

4.2 Organisering av helse – og omsorgssektoren.

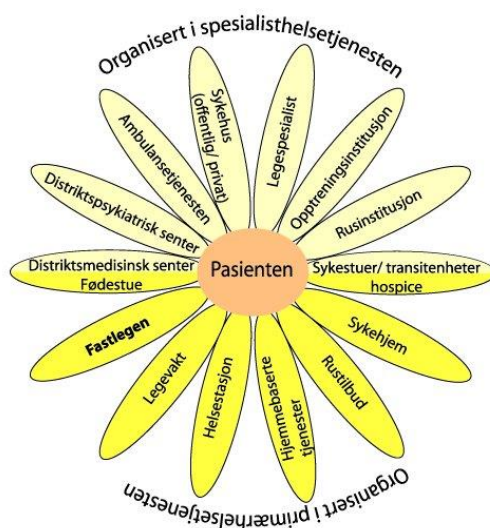
Organisering er en av de mest sentrale virkemiddelene for å styre eller lede samfunnsutviklingen. I dette avsnittet vil vi foreta en systematisk gjennomgang av organiseringen av helse- og omsorgstjenestene slik de fremstår i 2018.

Det overordnede ansvaret for sektoren ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet og det sentrale målet er at «befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å, framside). Departementet

styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak.

Helse og omsorgsdepartementet har kategorisert sitt i 15 ulike ansvarsområder i sin helse og omsorgsportefølje. Disse er folkehelse, primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester, ernæring og mattrygghet, psykisk helse, rusmidler, habilitering og rehabilitering, alternativ behandling, pasientrettigheter, legemidler, bioteknologi, helsemessig beredskap og tannhelse. Ansvarsområdene forvaltes i 10 underliggende etater, herunder to direktorater Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, og seks statlige virksomheter.

Organisatorisk skiller staten mellom to hovedformer for helsetjenester, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Inndelingen er knyttet opp mot graden av spesialisering av tjenestene, geografisk inndeling og opp mot ansvarfordelingen mellom de ulike styringsnivåene. Med pasienten i sentrum har Helse- og omsorgsdepartementet illustrert inndelingen slik:



(Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b)

Som et resultat av sykehusreformen og påfølgende endring av lov om helseforetak av 15. juni 2001, overtok staten eierskapet til spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene fra og med 2002. I det ligger det at staten skal eie og drive spesialisthelsetjenestene gjennom sykehusene. Spesialisttjenestene omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings-

og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, pre-hospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b)

Spesialisthelsetjenesten er organisert i en New Public Management inspirert modell som egne særlovsforetak i fire regionale helseforetak, som egne rettssubjekter med egne styrever og eid av Helse og omsorgsdepartementet. De lokale sykehusene er organisert etter samme modell, og er underlagt de regionale helseforetakene. I praksis betyr det at departementet kan gi overordnede retningslinjer for sykehusene, men ikke gripe inn i den daglige driften. Saker av vesentlig betydning skal forelegges for departementet. De regionale helseforetakene inngår og koordinerer også avtaler med private helseforetak. (NOU 2016:25).

Primærhelsetjenestens oppgaver blir ofte beskrevet ut fra skillet fra spesialisthelsetjenesten.

Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse.

Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 s.13)

Beste effektive omsorgsnivå (BEON) prinsippet står sentralt i organiseringen, og regjeringen har som ambisjon at kommunene skal sikre en mer helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor BEON prinsippet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). BEON har i noen dokumenter også blitt omtalt som LEON (Laveste effektive omsorgsnivå).

Samhandlingsreformen fra 2012 som kom i kjølvannet av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Reformen har som mål å bidra til at de fremtidige utfordringene knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv løses gjennom samhandling mellom de ulike styringsnivåene. Samhandling defineres som «uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 s.13).

Reformen bygger videre på den helsepolitiske organiseringen og strukturene som vist over, og arbeidet med innføringen startet i 2012. Reformen trekker frem tre hovedutfordringer som søkes løst gjennom samhandling i sektoren;

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Sentrale grep for å møte utfordringene er utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Veggeland omtaler organiseringen av helsesektoren som et lovregulert territorielt partnerskap, og at samhandlingsreformen setter premissene for dette partnerskapet. (Veggeland, 2011, s.83). Partnerskap handler om det formelle, og om forpliktende avtaler om samarbeid og samhandling mellom styringsnivåene.

Selve arbeidsdelingen i sektoren og organiseringen av denne faller innenfor Custers definisjon og teknologi som organisering av prosess. I et større historisk perspektiv kan vi se innslag av alle tre styringsperspektivene i sektoren. Det weberianske byråkratiet med sine styringsnivåer er representert, samtidig som organiseringen av helseforetakene som forretningsenheter en uttrykker tilnærming til styring med utgangspunkt i New Public Management og samhandlingsreformen kan sees på som et uttrykk for New Public Governance.

4.2.1 Helsedirektoratet

Helse direktoratet er et av to direktorat under Helse – og velferdsdepartementet. I strategisk plan God Helse – Gode liv- Strategi 2014-2018, (Helse og velferdsdepartementet 2014, s.4) beskrives direktoratets oppgaver ut fra tre roller;

1. Faglig rådgiver og nasjonalt normerende og pådriver for kunnskapsbasert arbeid, kunnskap og erfaring i faglige spørsmål.
2. Forvalter med ansvar for å bruke og fortolke lover samt forvalter av refusjonsordningene og regelverket gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Iverksetter av vedtatt politikk i form av å iverksette handlingsplaner og kampanjer samt å tildele tilskudd i tråd med målsettingene satt av Stortinget.

Organisatorisk er de inndelt i syv divisjoner, hvorav fagfeltet velferdsteknologi er plassert under avdeling for kvalitet og forløp som bla har ansvaret for NVP - samarbeidet sammen med mellom KS og Direktoratet for e-helse.

Divisjon digitalisering og helseregistre har et hovedansvar for helseregister og helsedata. De forvalter følgende pasientregistre:

- Norsk pasientregister (NPR) som har opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som inneholder opplysninger om alle innbyggere som har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune
- Pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret) er et anonymisert helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester til bruk i forskning og planlegging.
- Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner.

Hovedformålet for de ulike registerne er å gi grunnlagsmateriale for styring, finansiering og evaluering av gjellende helsepolitikk.

4.2.2 E-helse direktoratet

Ansvarsområder som faller inn under E-helse begrepet har fra 2016 vært organisert under Direktoratet for e-helse. Før dette var de en divisjon underlagt Helsedirektoratet. Bakgrunn av for etableringen av et nytt direktorat begrunnes med behovet for en forutsigbar IKT-utvikling, strategisk styring og nasjonal samordning som sammen med koordinering av aktørene i sektoren gjennom dialog med og

involvering av helsetjenesten og leverandører, skal kartlegge behov og ligge grunn for all utvikling av nasjonale e-helse- tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet., 2015). Direktoratet for e-helse har nasjonalt utviklings-, utrednings- og rådgivningsansvar for e-helse og utviklingen av i helse- og omsorgstjenesten. Behovet for en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren er stort, og koordinering av behov og dialog og involvering av helsetjenesten og leverandører skal legges til grunn for all utvikling av nasjonale e-helse- tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Direktoratet for e-helse er organisert i tre divisjoner med ansvar for strategi, styring og standardisering, utvikling og forvaltning.

Tabell 4.1: Direktoratet for e-helse

Divisjon	Ansvarsområde
Strategi	Har ansvaret å sikre en forutsigbar IKT-utvikling via strategisk styring, forvaltning av de nasjonale e-helsestrategiene og handlingsplanene, videreutvikling av nasjonale styringsstrukturer, utredningsoppdrag, tverrsektorielt og internasjonalt samarbeid, regelverk og informasjonssikkerhet samt arbeidet med EPJ.
Styring og standardisering	Ansvarsområder: Nasjonal portefølje- og arkitekturstyring, e-helsestandardisering, helsefaglige kodeverk, Nasjonal styringsmodell. Sekretariat for nasjonale samarbeids- og styringsforum. Etablere felles digital infrastruktur , forvaltningen av portefølje- og arkitektstyring, De nasjonale prosjektene - Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA). Program for kodeverk og terminologi og EPJ-løftet
Utvikling og forvaltning	Utviklingen og forvaltning av e-helseløsninger helsenorge.no, e-resept og kjernejournal

4.3 Aktuell sektoriell politikk

I det følgende ønsker vi å gjøre rede for aktuell offentlig politikk innenfor helse og omsorgssektoren sett ut i fra tre sentrale virkemidlene for styring; organisering og arbeidsdeling, lover og regler og økonomiske bevilgninger og vedtak. Vi vil også plassere velferdsteknologi og e-helse inn i denne konteksten.

4.3.1 Omsorgsplan 2020

Planen er regjeringens handlingsplan for omsorgssektoren fra 2015 til 2020. Planen løfter frem fem hovedsatsingsområder:

1. Medvirkning - utvikle helse- og omsorgstilbud sammen med bruker, pasient og pårørende
2. Kompetanse - faglig sterk helse- og omsorgstjeneste
3. Nye boformer - Moderne lokaler og boformer
4. Mer hjelp i hjemmet - den nye hjemmetjenesten
5. Fornyelse og innovasjon

Vi vil gå nærmere på hvordan planen omtaler å ta i bruk ny teknologi og innovasjon og se på hvilke konkrete tiltak og satsinger regjeringen har tenkt innenfor dette feltet frem til 2020.

Regjeringen ønsker å forsterke Husbankens ordning om investeringstilskudd til omsorgsboliger med heldøgns bemanning og sykehjems plasser. De vil i sammen med KS utarbeide en plan som bygger på en netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a, s. 44). Alle omsorgsplasser som får investeringstilskudd fra Husbanken er universelt utformet og er tilrettelagt for mennesker med demens, i tråd med Demensplan 2020. Husbanken har utarbeide en veileder for kommunene om hvordan man utforme omsorgsboliger og sykehjem og dermed kunne være berettiget Husbankens investeringsordning (Husbanken, 2009). Der omtales smarthusteknologi og hvilke løsninger som bør være i en «basispakke» og hvilke som kan være tilvalg. I de senere år har begrepet «velferdsteknologi» blitt brukt for de samme løsningene.

Det er etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at «velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a, s. 44). Programmet skal bygge opp om målene til samhandlingsreformen om tidlig innsats, forebygging, helsefremmende arbeid og gi tjenester der folk bor. I tillegg skriver regjeringen at programmet skal se til at tjenesteinnovasjon og behovet for velferdsteknologiske løsninger sees i en sammenheng. Helsedirektoratet sammen med KS utarbeidet Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC.

I følge planen skal standardiseringsarbeidet innenfor velferdsteknologi satses på. De lanserer i planen at de har besluttet at Continua Health Alliance skal vær et anbefalt rammeverk for velferdsteknologiområdet i Norge. Det er en non-profit organisasjon bestående av 200 helse- og teknologiselskaper som samarbeider for å forbedre kvaliteten i personlige helsetjenester¹. De gjør et internasjonalt arbeid med standardisering.

Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgssektoren og samtidig styrke den enkeltes evne til å mestre dagliglivet enten de bor i egen bolig eller i institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a).

4.3.2 Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022

Det foreligger en nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan for årene 2017 til 2021. Naturlig nok vil handlingsplanen kunne endres i perioden, basert på de strategiske valgene som blir gjort i løpet av perioden. Vi vil derfor gjennomgå strategien på et overordnet nivå.

Strategiens overordnede mål er basert på ambisjonene til e-helseutviklingen i Meld. St. 9 (2012-2013) én innbygger - én journal som oppsummeres i tre overordnede mål:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

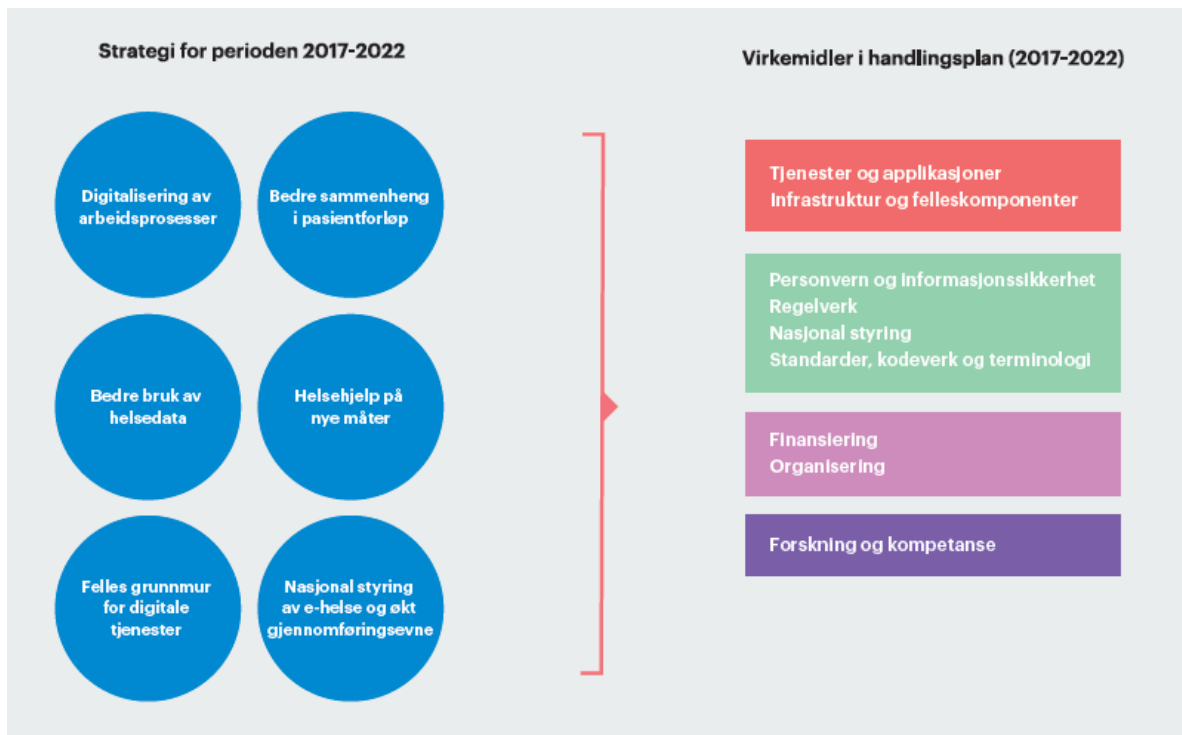
(Direktoratet for e-helse, 2017, s-7)

Helse Midt-Norge har fått ansvar for å planlegge anskaffelsen av EPJ (Elektronisk Pasient Journal) og PAS (Pasient Administrativt System) for kommunale helse- og omsorgstjenester. Flere sentrale behov må løses nasjonalt på kort og mellomlang sikt før EPJ og PAS er på plass.

Strategien beskriver seks strategiske områder for e-helseutviklingen; digitalisering av arbeidsprosesser, bedre sammenheng i pasientforløp, bedre bruk av helsedata, helsehjelp på nye måter, felles grunnmur for digitale tjenester og til slutt nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring.

Hvert av områdene har ulike innsatsområder som gjøres rede for i planen. Et eksempel er under området for helsehjelp på nye måter hvor direktoratet skal «legge til rette for raskere spredning og innovasjon av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren» (Ibid, s. 14). I den mer detaljerte utgaven har de definert følgende mål for innsatsområdet: «Etablere og gradvis å innføre en nasjonal plattform som legger til rette for et økosystem for raskere spredning, innovasjon og mer kostnadseffektiv innføring av velferdsteknologi» (Direktoratet for e-helse, s. 15).

Handlingsplanen inneholder ni virkemidler som skal være med å bidra til å realisere e-helsestrategien. Direktoratet varsler at handlingsplanen vil bli oppdatert som følge av strategiske valg som tas i perioden, og i tråd med årlige budsjettammer.



Figuren over er hentet fra handlingsplanen (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 21) og viser de ni virkemidlene som skal støtte opp om de seks strategiske områdene i e-helsestrategien.

Hvis vi trekker fram eksempel om nasjonal styring, vil man i handlingsplanen (Direktoratet for e-helse, 2017) kunne lese at de foreslår flere tiltak for å støtte opp om strategiske innsatsområdene og målene. For å vise til et eksempel kan vi se på ett av innsatsområdene under det strategiske området om nasjonal styring, «Styrke og spisse nasjonal styringsmodell for e-helse» og videre se på ett av tiltakene som foreslås. Tiltaksområdet beskriver hvordan man skal videreutvikle nasjonal styringsmodell for e-helse, både de nasjonale foraene og de nasjonale prosessene som disse involveres i. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

- Utrede finansielle virkemidler for Nasjonalt e-helsestyre
- Videreutvikle de nasjonale styringsprosessene

Tiltak: Utrede finansielle virkemidler for Nasjonalt e-helsestyre.

Nasjonal styringsmodell for e-helse må videreutvikles og foraene må styrke sine mandater for å kunne bidra til realisering av strategi- og handlingsplan 2017-2022 og til de langsiktige nasjonale e-helsemålene. Viktige tiltak for å understøtte dette, er å

sikre finansielt handlingsrom for Nasjonalt e-helsestyre til den nasjonale porteføljen, og å evaluere mandatene til de nasjonale foraene (Direktoratet for e-helse, 2017).

Nasjonalt e-helsestyre ble etablert i 2016 og innehar representanter fra toppledernivået i helse- og omsorgssektoren. Styret skal:

- Bidra til at sektoren har relevante, forankrede, forpliktende og realistiske IKT-strategier og mål
- Bidra til bedre måloppnåelse og raskere gevinstrealisering. Dette oppnås gjennom raskere utvikling og innføring av ny funksjonalitet og nye løsninger. I tillegg vil raskere realisering av endringer og tilpasninger i eksisterende løsninger bidra til dette
- Bidra til bedre utnyttelse av ressurser og ny teknologi

(Direktoratet for e-helse, 2017)

4.3.3 Helseforetakene

Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale helseforetak. Disse styres gjennom tildeling av budsjettmidler og oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

For 2018 ligger det ingen eksplisitte nasjonale føringer i oppdragsdokumentene for noen av de fire helseforetakene direkte knyttet til e-helse og velferdsteknologi. Områdene omtales indirekte gjennom forventningene til helsetjenestene, i tillegg til utvikling av teknologi i form av organisering og finansiering. Det vises til at «pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Videre legges det opp til at helseforetakene skal være pådriver for innovasjons sammen med næringslivet i form av tilrettelegging for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr og industrifinansierte kliniske studier.

Det oppfordres også til å øke kapasitetsutnyttelsen gjennom å utvikle nye arbeids- og samarbeidsformer sammen med privat sektor, og sammen med Helsedirektoratet videreutvikle nye finansieringsordninger som Innsatsstyrtefinansiering. På IKT siden skal man berede grunnen for utviklingen av nytt screeningprogram for tarmkreft fra 2019, gjennom å utvikle nytt IT-program i regi av Helse Sør-Øst RHF, og alle fire foretakene skal bidra til finansieringen av en elektronisk løsning for organdonasjon i EHJ i regi av E-helse direktoratet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

4.3.4 Innovasjon og forskning

Et annet sentralt styringsverktøy for utviklingen av den sektorielle politikken er innovasjon, forskning og kompetanse. I tillegg til Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, har Helsedirektoratet ansvaret for og deltar i, flere innovasjonssatsinger.

- InnoMed – Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon, hvor behovsdrivet innovasjon forstås som å kartlegge brukerens eksisterende og framtidige behov, for så å bruke denne kunnskapen som grunnlag for utvikling av nye produkter, prosesser og organisasjonsformer. Nettverket bidrar med prosjektmidler og prosessverktøy og program.
- Nasjonalt program for leverandørutvikling er et tverrsektorielt samarbeidsforum mellom NHO, KS og Difi med mål om å bidra til innovative offentlige anskaffelser. Leverandørutviklingsprogrammet er en viktig strategisk og praktisk samarbeidspart for Velferdsteknologiprogrammet.

Fra juni 2017 mottar rundt 200 kommuner gjennom 28 prosjekter, tilskudd fra Helsedirektoratet og Fylkesmannen til innføring av velferdsteknologi. Prosjektene er organisert som samarbeid mellom flere kommuner.

Nasjonalt senter for e-helseforskning er et nasjonalt forsknings- og utredningssenter og har som oppgave å samle, produsere og formidle kunnskap for å utvikle en kunnskapsbasert politikk på e-helseområdet. Senteret har ansvaret for fem nasjonale prosjektporteføljer forankret i Nasjonalt e-helsestyre;

1. Én innbygger – én journal. I samarbeid med Direktoratet for e-helse skal senteret identifisere kunnskapsbehov og legge planer for forsknings- og utviklingsaktiviteter som kan bidra å utvikle kunnskapen som er nødvendig for å realisere ny e-helsestrategi og handlingsplan.
2. Identifisere og formidle utviklingen av e-helse og bidra til et felles sektorielt ressursgrunnlag og ha en samlende funksjon for, kompetanse og prosjekter i hele landet.
3. Bidra til effekt av digitale løsninger gjennom å identifisere hindre og faktorer som fremmer implementering av e-helseløsninger, og dokumenter effekten av implementeringer.
4. Foretas en kunnskaps- og erfaringsoppsummering av velferdsteknologiområdet.
5. Senteret skal samle, produsere og formidle helsedata som støtter nasjonalt prioriterte tiltak på e-helseområdet.

4.3.5 Aktuelt lovverk

Helsedirektoratet har alene eller sammen med andre direktorat ansvar for forvaltning, lovfortolkninger og uttalelser for til sammen 23 ulike lover. Sett i relasjon til e-helse og velferdsteknologi har vi spesielt sett nærmere regelverk knyttet til samhandling og arbeidsdeling, personvern og tjenesteutvikling.

4.3.5.1 Samhandling og arbeidsdeling.

Lovgrunnlaget for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Brukerperspektivet er tatt med i lovteksten i § 6-1 tredje ledd andre punktum:

«Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.» (Helse- og omsorgstjenesteloven).

Intensjonen er blant annet å regulere samarbeidsavtalene slik at disse bidrar til klargjør ansvars- og oppgavefordelingen mellom partene, sikre behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet) og som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

4.3.5.2 Personvern

Helseregisterloven, (Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger) omhandler innsamling, lagring og bruk av helseopplysninger i helseregistre som ikke er behandlingsrettende.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Reglene i kapittelet skal sikre nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Pasientjournalloven (Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp).

Formålet med loven er at behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, samtidig som vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas, og sikrer pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning (Pasientjournalloven, §1.1).

4.3.5.3 Tjenesteutvikling

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten og skal sikre at pasienter og brukere får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

5.0 Casekommunene

5.1 Introduksjon

I dette kapitlet skal vi presentere empirien som er samlet inn gjennom systematiske observasjoner og undersøkelser i studien. Vi har delt kapitlet i fem deler:

1. Introduksjon av kommuner og presentasjon av teknologien
2. Tabell: Komparasjon av funn mellom de to kommuner
3. Hvorfor de har innført velferdsteknologi?
4. Hvordan de har innført velferdsteknologi?
5. Hva er erfaringer med velferdsteknologi?

Til slutt vil vi komme med en oppsummering av hovedfunnene.

I løpet av de neste kapitlene vil vi vise til respondentenes utsagn. Vi har delt inn respondentene i to grupper; V og Ø (vestlandskommunen og østlandskommunen). Respondent 1Ø er den første personen vi intervjuet i østlandskommunen. 2Ø og 3Ø er henholdsvis den andre og tredje personen vi intervjuet i østlandskommunen. Den samme kronologiske inndelingen har vi også gjort for vestlandskommunen (V).

5.1.1 Presentasjon av NVP og avstandsoppfølging

Sentralt i programmet er prosess-støtte. I regi av programmet ble det utviklet et veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologiens ABC. Hensikten med opprettelsen var å gi kommunene en metode og verktøy for å endre tjenestene til kommunene og innføre velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren (KS, 2017a). Fokus i dokumentene er innovasjon, tjenstedesign, gevinstrealisering, forankring og implementering av velferdsteknologi.

De to kommunene vi studerte var blant de 30 første kommunene som ble med i programmet som utviklingskommuner. En sentral del av programmet er gevinstrealisering. IT-fagrådet i KS; Komm-IT, definerer gevinstrealisering slik: «Gevinster er nyttevirkninger, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.» (*Komm-IT, 2013, gjengitt av Helsedirektoratet, 2015*).

Kort fortalt handler gevinster om økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader. Økt kvalitet er positive effekter som brukere og pårørende opplever, eller en forbedring i tjenestene som blir gitt. Gevinst ved spart tid er effekten av spart tid i tjenestene som kan brukes til å redusere eller fjerne en tjeneste helt, alternativt at en tjeneste kan gis til flere personer. Unngåtte kostnader er at oppgaver blir redusert eller fjernet fordi velferdsteknologi gir tjenestemottaker den økte tryggheten og mestring de trenger for å klare seg uten. Det kan være at man unngår en innleggelse på sykehus, sykehjem eller økt ressursbruk til brukeren (Helsedirektoratet, 2015).

Stortinget vedtok i statsbudsjettet 2015 å starte et prosjekt om avstandsoppfølging av kronisk syke ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Fire kommuner er med i prosjektet, hvor vi studerte to av de. Stortinget vedtok en geografisk spredning av prosjektet med en representativitet på om lag 500-700 brukere. Østlandskommunen følger opp KOLS-, hjerte- og diabetespasienter. Vestlandskommunen følger opp KOLS-pasienter.

Første delrapport ble publisert i 2017. Andre delrapport ble publisert i mai 2018 og en sluttrapport blir publisert høsten 2018. Første delrapport indikerer at brukerne opplever økt mestringsfølelse og kontroll med egen sykdom. Delrapporten gir ikke grunnlag for konklusjoner, men hensikten er at rapportene samlet skal baseres på et større utvalg av brukere og kunne vise langtidseffekter av tiltakene. Andre delrapport støtter opp om funnene, i større grad. Andre delrapport viser til at antall liggedøgn på sykehus går ned, men det rapporten konkluderer ikke med at årsaken er som et resultat av prosjektet. Senere i kapitlet vil vi gå inn på de to casekommunene sine erfaringer med avstandsoppfølging og hvordan prosjektprosessen har vært, basert på offentlige rapporter og utsagn fra respondentene vi har intervjuet.

5.1.2 Presentasjon av kommunene

Kommune nummer én er en større østlandskommune. I følge SSB (moderat framskrivning) vil kommunen få en økning av personer over 80 år med 93 % i perioden fra 2020 til 2040. Kommunens utgiftsbehov innen pleie og omsorg var i 2017 cirka 6 % over landsgjennomsnittet. Utgiftsbehovet er statens beregning av kommunens utfordringer for det aktuelle tjenesteområdet sammenlignet med landsgjennomsnittet. Utgiftsbehovet defineres i Statsbudsjettet (grønt hefte). Korrigert

for utgiftsbehov bruker østlandskommunen 700 kroner mindre enn den andre kommunen vi studerte i netto driftsutgifter² til pleie- og omsorgstjenester. Innen helse- og omsorgsfeltet har kommunen nylig utarbeidet ny kommunedelplan. I kommunedelplanen konkretiserer at kommunen må tenke nytt. De peker på behov for å styrke alle deler av tjenesten og større krav til samhandling. De skriver at velferdsteknologi er et verktøy til dette.

Kommune nummer to er en stor vestlandskommune. I følge SSB (moderat framskriving) vil kommunen få en økning av personer over 80 år med 120 % i perioden 2020 til 2040. Innenfor pleie og omsorg har vestlandskommunen i 2017 et utgiftsbehov nesten 17 % lavere enn landsgjennomsnittet.

5.1.3 Teknologiområdene

For å gi et oversiktlig bilde av hvilke typer teknologier kommunene har testet og eventuelt tatt i bruk, har vi laget en tabell. Tabellen er ikke uttømmende.

Tabell 5.1: Oversikt over teknologiområdene som er prøvd ut

Teknologitype	Bruksområde	Status i østlands-kommunen	Status i vestlands-kommunen
Digitale trygghetsalarmer	Alarm som aktiveres av bruke for å gi signal om at brukeren har en helse relatert utfordring. Annen type sensor som fallalarmer og dør sensorer kan kobles til.	I bruk	I bruk
Mobile trygghetsalarmer	GPS sporing/varsling, geo-fencing. Ser på mulighet for å koble alarmene mot institusjonenes signalanlegg.	I bruk	I bruk
Medisineringstøtte	Dispenser som gjør brukeren oppmerksom på tidspunkt for å ta medisin og som deler ut rett medisin.	I bruk	I bruk
Mobil pleie	Håndholdt journalsystem for ansatte i hjemmesykepleien. Arbeidsliste, ordinasjonskort og journalsystem blir tilgjengelig for pleier digitalt via smart-telefon ute i feltet.	I bruk	I bruk
Avstandsoppfølging østlandskommune	Prøvd ut portal for avstandsoppfølging av KOLS pasienter. Bruker kan kontakte hjemmetjenesten med video og medisinsk utstyr (bl.a. pulsoksymeter) sender medisinske	Prosjektfase, videreføres mest sannsynlig	N/A

² Netto driftsutgifter er driftsutgifter fratrukket eventuelle inntekter og er et mål på prioritering av de frie inntektene (skatt og rammetilskudd fra staten) i kommunen.

	data til database som kommunens tjeneste følger med på. Kommunen kjøper oppfølging/responstjenester av privat leverandør.		
Avstandsoppfølging vestlandskommune	Prøvd ut pasientportal for avstandsoppfølging av KOLS pasienter. Bruker kan kontakte sykepleierklinikken med video telefon. Besvarer spørsmål om dagsform som kommunen følger med på. Får veiledningsmateriell gjennom portalen	N/A	Prosjektfase, videreføres mest sannsynlig ikke.
E-lås	Elektronisk dørlås hos brukere av hjemmesykepleie. Komplisert og vanskelig å oppdatere nøkkelsett til hjemmesykepleien der de må låse seg inn. E-lås gjør det enklere for ansatte å komme inn til brukere, og brukerne er trygge på at det er hjemmetjenestene som kommer.	I bruk	
Velferdskalender, elektronisk kalenderløsning	Brukere med kognitiv svikt har en kalender for å bli mint om aktiviteter.	Ikke testet	Avsluttet prosjekt.
SPIDER	Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten. Lager kjøreplaner og tar hensyn til kompetansekrav til gjøremål i de forskjellige hjem.		I bruk.
Lysstyringsprosjekt (lyssti)	Sensor i rommet som gjør at lyset tennes ved bevegelse. Brukes for å redusere fall og forvirring hos demente.	Ikke testet	Avsluttet prosjekt.
Video kommunikasjon med hjemmetjenesten	Brukeren kan kommunisere med hjemmetjenesten med video. Video aktiveres med egen fjernkontroll og er koblet til brukeren sin fjernsynsskjerm	Ikke testet	Avsluttet prosjektet. For store krav til infrastruktur hos bruker (fiberbånd)
Kameratilsyn	Videokamera på brukeren sitt soverom for å kunne logge inn på bestemte tidspunkt om natten for å se til at pasienten sover.		I drift.

5.2 Tabell: Komparasjon av hovedfunn

Nedenfor har vi oppsummert i en sammenligning vi har gjort i analysen av empirien. Tabellen viser likheter og ulikheter og er ment for å gi et raskt overblikk over hva vi vil gjennomgå i videre i kapittelet.

Tabell 5.2: Komparasjon av hovedfunn mellom de to kommunene

	Likheter	Forskjeller
Hvorfor	Nasjonalt veiledningsmaterieell og innføringsverktøy. Tydelig mandat om å effektivisere. Tilpasse tjenester etter brukerbehov ved hjelp av teknologi Impulser fra klynger og nettverkssamarbeid.	Sosiodemografiske forhold er annerledes. Industri kommune versus «ingeniør»-kommune.
Hvordan	Begge kommunen har bygget opp en avdeling/enhet for å satse på velferdsteknologi. Del av et operativt miljø. Samarbeid med eksterne parter.	Valgte forskjellig til næring til utvelging av utstyr til brukerne i avstandsoppfølging. I vestlandskommunen besørger brukerne PC/nettbrett selv, Østlandskommunen deler ut nettbrett. Henter tilbake når de ikke lenger er i bruk.
Erfaringer	Begge kommunen ønsker å kunne samarbeider med spesialisthelsetjenestene. Ser de samme utfordringene med spesialisthelsetjenesten. Koordineringskostnader – undervurdert behovet for støtte og nye arbeidsoppgaver og kompetanse. Teknologi etterspørres i organisasjonen.	I vestlandskommunen er det ikke hjelpemiddelsentralen som håndterer, men det er satt av eget teknisk personell (teknisk hjemmehjelpere) som sette opp utstyret. I østlandskommunen gjør koordinator en del av dette arbeidet. Østlandskommunen kjøper også tjenester til skifte av lås når e-lås ble installert.

5.3 Hvorfor innføres velferdsteknologi?

I det følgende vil vi presentere empirien om hvorfor teknologi innføres. Vi har delt opp seksjonen i fem deler; demografi, innovasjon, tjenesteutvikling, forventninger om gevinster og modernisering.

5.3.1 Demografi

Begge kommunene tar utgangspunkt i den demografiske utvikling når de gir begrunnelse for sine satsinger. Kommunene har henholdsvis 93 % og 120 %

forventet økning i antall 80 åringer i perioden 2020-2040. Med et slikt utgangspunkt ser vi det naturlig at de har et fokus på hvordan de skal håndtere denne utfordringen.

Ny folkehelselov at kommunene skal vurdere helsespesifikke forhold og fatte tiltak i bakgrunn fra helsedata for sin kommune. I begrunnelsen for å ta i bruk velferdsteknologi finner vi at østlandskommunen har reflektert over sosiodemografiske forhold og finner det som en motivasjon for satsingen.

«Kommunen har en annen sosiodemografisk sammensetning enn andre sammenlignbare kommuner. De har en særlig motivasjon til å jobbe med avstandsoppfølging.» (Respondent 3Ø).

Tabell 5.3: Demografiske begrunnelser

Faktor	Like	Ulike
Demografi	Stor vekst i eldre befolkning	
Sosiodemografiske forhold		Østlandskommunen har større sosiodemografiske utfordringer

5.3.2 Innovasjon

Å fremme innovasjon som del av teknologiutvikling er en sentral del av fortellingen i innføringsprosessen. Fra statlige myndigheter og KS vektlegges dette perspektivet. Gjennom veikart for tjenesteinnovasjon gir KS og Helsedirektoratet en metode og verktøy til kommunene for å gjennomføre tjenesteinnovasjon. Jamfør definisjonen til KS gjengitt i kapittel 2 kan vi se at teknologiinnføring i kommunale tjenester vil også kommunene fremstå som mer innovative. Østlandskommunen legger til grunn en annen tilnærming enn vestlandskommunen, fordi de har deltatt i innovasjonsprosjekt sammen med utenlandske universiteter. Men likevel er begrunnelsen mindre synlig enn hva man burde forvente av de statlige styringssignalene.

Ser vi til veikart for tjenesteinnovasjon, fokuserer de på at utfordringsbildet endres. En utvikling i tjenestene må skje og fokus på bruker fremfor tjenester blir trukket fram som løsningsbildet. KS (2017b) skriver følgende om innovasjon: «Innovasjon handler

om å skape nytt, og er en metode for å endre tjenestene slik at oppgavene kan løses på en bedre og mer hensiktsmessig måte» (avsnitt 1).

vi skal jo møte fremtiden hvor vi vet at vi får færre hender som skal gjøre flere oppgaver, fordi vi får flere eldre og det blir tøft og da må vi møte dem med en slik type teknologi (Respondent 2Ø).

Jeg liker å si at vi går fra å være servicekommune til å bli en tilretteleggerkommune (Respondent 2V).

Tabell 5.4: Begrunnelser for innovasjon

Faktor	Like	Ulike
Legitimering		Østlandskommunen har lenger erfaring med innovasjon
Behov for å tenke nytt	Færre hender, økt utfordringsbilde.	

5.3.3 Tjenesteutvikling – hverdagsmestring

I sentrale dokumenter finner vi at brukermedvirkning er en rettighet som alle innbyggerne har, også når det gjelder bruk av velferdsteknologi (KS, 2016).

I kommunedelplanen legger østlandskommunen opp til et paradigmeskifte. Det er en helhetlig dreining i helse og omsorgstjenestene mot at tjenestene skal utvikles sammen med brukerne. Spørsmålet «hva er viktig for brukeren?» skal være sentralt og det grunnleggende prinsippet i tjenesteytingen. I stedet for å være passive mottakere av tjenester, skal tjenestemottakerne kunne påvirke sin egen helse ved å fylle dagen med meningsfulle aktiviteter. For å få til paradigmeskiftet, skriver kommunen at blant annet velferdsteknologi vil være et viktig virkemiddel for å lykkes.

Vestlandskommunen har ulikt den andre kommunen utarbeidet en strategi for implementering av velferdsteknologi, og har således konkretisert satsingen ytterligere og legitimert en dreining i tjenestene.

Begge kommunene har i sine kommuneplaner og strategidokument uttrykt at hverdagsmestring er en vesentlig løsning for å få brukerne til å bo hjemme. Respondentene omtaler at velferdsteknologi støtter satsingen på hverdagsmestring, fordi at teknologi hjelpemiddel for brukerne i hverdagen. Eksempelvis vil medisindispenser hjelpe brukerne til å ta rett medisin til rett tid.

Kommunene gir uttrykk for at det er oppstått nye oppgaver etter samhandlingsreformen, uten at de nødvendigvis har blitt kompensert fullt ut i en tilsvarende ressursøkning. Pasientene utskrives tidligere fra sykehus til kommunehelsetjenester og det er kommet ny folkehelselov. Kommunene sier at dette gjør at de må organisere seg bedre og ta i bruk hjelpemidler for å takle disse nye oppgavene.

Respondent 2V sier følgende: «Kommunen har tidligere tildelt tjenester som i fremtiden ikke sikkert det er råd til.»

Tabell 5.5: Begrunnelser for tjenesteutvikling

Faktor	Like	Ulike
Kommuneplan	Forankret i kommuneplanene	
Strategi/handlingsplan		Vestlandskommunen har egen strategi for implementering av velferdsteknologi.
Hverdagsmestring	Stort fokus i begge kommunene	
Brukerorientering		Østlandskommunen har vektlagt brukerorientering sterkere.
Samhandlingsreformen	Større på kommunene uten flere ressurser.	

5.3.4 Forventinger til gevinster

Begge kommunene trekker fram at det er stor forventning hos politikerne om bedre og mer effektive tjenester. En respondent oppgir det som utfordrende når en skal legge til rette for nye og langsiktige løsninger, hvis politikerne har for kort horisont. De trekker fram at de trenger tid i innsiktsfasen før teknologi kan tas i bruk. I strategidokument til vestlandskommunen blir det pekt på at velferdsteknologi kan modernisere og øke effektiviteten i tjenestene. Teknologi vil også bidra til å utsette eller redusere den enkeltes behov for personbaserte tjenester fra kommunen.

For østlandskommunen startet det hele med en bestilling fra ledelsen i kommunen om å utforske muligheten for å effektivisere helse- og omsorgstjenestene, i 2009. I østlandskommunen sier respondent 3Ø følgende: «Hvis vi kan gi en tjeneste som koster 50.000 kroner og med det utsette tildeling av sykehjem som koster 1 million kroner har vi oppnådd noe».

Begge kommunene mener at sykepleiere og andre fagpersoner må brukes på andre og mer effektive måter enn i dag. Fagressursene må brukes for å løse faglige oppgaver og de ønsker å redusere tid som brukes på kjøring, tilsyn og administrasjon. Teknologi hjelper kommunene å realisere dette. «Vi bruker et slikt begrep som få sykepleieren bort fra rattet» (Respondent 2Ø).

Tabell 5.6: Forventinger til gevinster

Faktor	Like	Ulike
Effektivisering av sektoren	Dokumentere gevinster ved å innføre velferdsteknologi.	I østlandskommunen startet initiativet med å effektivisere sektoren, tidligere.
Unngåtte kostnader	Hadde fokus på å tildele teknologi som kan erstatte tjenester.	Avstandsoppfølging: Østlandskommunen tildelte tjenester for å forebygge videre sykdomsutvikling.
Spart tid	Håp om å allokere ressurser; spare kjøring, besøk – hjelpe flere.	
Økt kvalitet	Utnytte innsparing til å hjelpe de som trenger det mer.	

5.3.5 Modernisering

Begge kommunene opplever at dagens brukere stiller større krav og forventer at kommunen skal være teknologisk oppdatert, i tråd med samfunnsutviklingen generelt. «Den banale grunnen til at teknolog innføres, er at man forventer at kommunen skal være up to date med den teknologiske utviklingen» (Respondent 3V). I tillegg ser de et konkurranseaspekt som kan sees i sammenheng med privat tjenestemarked. «De private kan tilby så mange løsninger» (Respondent 3V).

Tabell 5.7: Forventing om modernisering

Faktor	Like	Ulike
Samfunnets forventinger til kommunene	Ny generasjon oppvokst med digitale hjelpemidler.	
Konkurransen med private	Vokser fram private tjenesteytere som konkurrerer med kommunens tjenester.	

5.4 Hvordan innfører kommunene velferdsteknologi?

Videre presenterer vi hvordan teknologi innføres. Vi skal presentere trekk ved oppstartsfasen av satsingene, intern organisering, selve innføringsprosessen og utprøvingene, innkjøpsprosessen og avslutningsvis se på trekk ved innføringen av avstandsoppfølgingsprosjektene.

5.4.1 Oppstart

Vi finner likheter og ulikheter mellom kommunene i oppstartsfasen av satsingen. Begge kommunene tilknyttet seg eksterne parter som forskningsinstitusjoner, andre kommuner og private leverandører. Men innretningene på samarbeidene var litt ulike. Østlandskommunen knyttet til seg et internasjonalt miljø og fikk impulser om brukerstyrt innovasjon tidligere enn vestlandskommunen. Prosjektene i østlandskommunen var mer brukerrettede med invitasjon til større åpne brukerfora. «Det var utgangspunktet vårt, hvor vi spurte i tre forskjellige runder og hadde tilsammen inne 60-70 innbyggere som svarte» (Respondent 3Ø). Ut i fra dette kunne de kartlegge hva brukerne var opptatt av.

det har jo hele tiden fra vi begynte med dette her, vært opptatt av det som brukeren har vist vært et behov. Det har på en måte vært mantraet til kommunen (Respondent 3Ø).

Gjennom strategidokumenter finner vi at vestlandskommunen hadde flere enkeltprosjekter som hadde forskjellige mandater og omhandlet blant annet utprøving, forskning og implementering av velferdsteknologi. Dette utførte de sammen med private leverandører. Med dette bakteppe kunne kommunene vise til

en erfaring med utprøving av velferdsteknologi, når de søkte om opptak til Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Tabell 5.8: Oppstartsfasen

Faktor	Like	Ulike
Strategi- og handlingsplan		Vestlandskommunen var tidlig ute med en strategi for innføring av velferdsteknologi
Tilknytting til forskningsinstitusjoner	Begge har en ekstern forankring til innovasjonsmiljø og utdanningsinstitusjoner	Østlandskommunen har også hatt internasjonale relasjoner/samarbeid
Tidlige pilotprosjekter	Kunnskapsinnhenting gjennom eksterne relasjoner og samarbeid	Østlandskommunen hadde tidligere en mer brukerorientert utvikling

5.4.2 Intern organisering

Teknologiinnføring fører til endrede behov i organisasjonen og at det vil være nødvendig å tilføre ressurser, endre arbeidsprosesser og utvikle egen organisering knytt til teknologi. Vestlandskommunens strategidokument trekker fram at en innføring av velferdsteknologi vil medføre økt kompetanse og utvikling av nye organisasjonsformer, og det vil medføre økte kostnader.

Kommunene har opprettet en organisasjonsenhet for å følge opp kommunens mål om at velferdsteknologi skal bli integrert i kommunens drift. Eksempel på nye tjenester er prosjektstillinger, montering av utstyr, teknisk vedlikehold og mottak og oppfølging av alarmer. Avdelingen er bemannet av personer med lang erfaring innen kommunehelsetjenesten. Vi ser at de har tilegnet seg kompetanse om teknologi, økonomi og prosjektledelse. Under intervjuene kom det frem at kommunene i mindre grad benyttet seg av eksterne konsulenter til å innføre teknologi, men dokumentene viser at de har deltatt i samarbeid sammen med forskningsinstitusjoner, private bedrifter, innovasjonsselskaper og energiselskaper. Intervjuene viser også at avdelingene må bruke en gruppe ildsjeler og støttepersoner ute i driftsledet i

kommunene.

Før avdelingen i østlandskommunen ble samlet i organisasjonskartet har funksjonene vært spredt på andre avdelinger og de har hentet ressurser i organisasjonen til prosjekter. Det ble gjort flere strategiske grep ved omorganiseringen av funksjonen, og nå kommuniserer enheten direkte med kommunesjef gjennom jevnlig statusmøter. Respondentene i østlandskommunen (2Ø og 3Ø) sier at det har ført til at kommuneledelsen i større grad er med i beslutningene om velferdsteknologi, som skaper forankring oppover i organisasjonen. Begge kommunene har plassert avdelingene i et helsehus, hvor de er samlokalisert med andre forebyggende helsevirksomheter i kommunen. Respondenter i østlandskommunen omtalte helsehuset som et kraftsenter.

Tabell 5.9: Intern organisering

Faktor	Like	Ulike
Endringer i organisasjonsstruktur	Begge kommunene har opprettet en avdeling for velferdsteknologi plassert i «Helsehus».	Vestlandskommunen opprettet avdelingen i 2015, Østlandskommunen ble ikke samlet før i 2017.
Funksjoner i avdelingen	Helsefagpersoner og prosjektledelse	Teknisk oppfølging og det er en IKT-ressurs i avdelingen i østlandskommunen.
Internt samarbeid	Avdelingene med velferdsteknologi samarbeider med andre interne avdelinger. Regelmessige fora med kommunedirektør. Interne ressurspersoner ute i tjenestene.	

5.4.3 Trekk ved innføringsprosessen

Begge kommunene ble en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram samtidig, og får delta på nettverksmøter og konferanser i regi av programmet. Som tabell 5.10 viser har de tilnærmet seg på ulik måte veiledningsmateriell og gevinstrapportering som er viktige fokusområder i programmet. Østlandskommunen har innført brukerkartlegging og tilpasset tilnærmingen til sin profesjon.

Som jeg sa i sted er jo noen av oss som er sykepleiere (...)Alle sammen har en ting felles, at de lærer seg å lage en pleieplan (...) Og pleieplan, er det noen som har tatt og så de de laget den til å bli en slik, tenkning på velferdsteknologi (Respondent 2Ø).

I sin metode for å følge opp prosjektene har begge kommunene lagt opp til å utarbeide gevinstrealiseringsrapporter, som er et sentralt virkemiddel for å skape legitimitet for prosjektene. Ut i fra informantene kan vi se at kommunene har ulik tilnærming til hvor stor grad de har utarbeidet rapportene i sin helhet. «Må nesten være ingeniør for å finne ut av gevinstrealiseringen» (Respondent 1Ø). Allikevel er blir Samveis i sin helhet opplevd som nyttig i østlandskommunen.

Vestlandskommunen bestemte seg tidlig for å benytte et elektronisk kartleggingsskjema – SurveyMonkey, og således avviste Samveis. I følge respondent 2V ble veikartet oppfattet som tungvint og vanskelig å gjennomføre. Men å bruke det elektroniske systemet var heller ikke problemfritt. Enkelte spørsmål ble oppfattet som overflødig og tidskrevende. De valgte derfor å revidere skjemaet. Videre ble nettbrettene sine skjermtastatur opplevd som tungvint å arbeide med og navigering i løsningen fungerte ikke optimalt på nettbrett.

I vestlandskommunen var synliggjøring av gevinster omtalt av informantene som en viktig dokumentasjon i forhold til videre satsing. Respondentene uttrykte at lokal ledelse vil gjerne se et potensiale før de oppretter et satsingsområder og tilfører midler. «Det er på grunnlag av gevinstrealiseringsrapportene at styringsgruppen har gitt nye oppdrag for oss å jobbe med» (Respondent 2V).

Vi kan se at i østlandskommunen er innovasjon blitt en integrert del av deres organisasjonsutviklingen. Den nye kommuneplanen legger også vekt på innovasjon og brukerorientering. Gjennom data kan det virke som om de tenker utvikling av tjenester gjennom interesse- og brukermedvirkning.

Det var en på en måte en brukerinnovasjon. Det ble tydelig for oss når vi inviterte innbyggerne til fokusgrupper, for rett og slett å finne ut av «hva som er det som gjør deg trygg nok til å bo hjemme?» (Respondent 3Ø).

Vestlandskommunen samarbeider med de omkringliggende kommunene i ulike fora. Det har vært diskutert om kommunen skal inngå et interkommunalt samarbeid om senter for alarmmottak av trygghetsalarmer sammen med de omkringliggende kommunene. Foreløpig kjøper de tjenestene fra Telenor. I tillegg er de med i en lokal klynge, som er en næringslivsarena, med mer enn 110 bedrifter og 40 offentlige aktører, kommuner og offentlige institusjoner og selskaper. Når det gjelder videre samarbeid kan det synes at vestlandskommunen vil være mer forsiktig med å inngå nye samarbeidsprosjekt, fordi fokuset deres framover vil være å implementere; «dreining fra prosjektssatsing til implementeringstankegang (...) Vi har gått i prosjektfella» (Respondent 3V).

Tabell 5.10: innføringsprosessen

Faktor	Like	Ulike
Gevinstrealisering	Begge bruker forsøker å synliggjøre gevinster med gevinstrealiseringsrapporter. Legitimerende for videre satsing.	Ulikt vekt på utarbeidelse av rapporten.
Brukerkartlegging	Samveis – veikart for tjenesteinnovasjon. Ble tatt i	Startet med et annet system, SurveyMonkey.

	bruk, men ble supplert med egne erfaringer.	
Eksterne samarbeid	Eksterne leverandører. NVP.	Vestlandskommunen synes å avslutte eksterne statlige prosjekt. Østlandskommunen er ressurskommune for andre kommuner
Innovasjonsarbeid		Østlandskommunen vektlegger brukerinvolvering og innovasjon i sin tilnærming i prosjektene. Innovasjon står sentralt i kommunens tjenesteutvikling. Vestlandskommunen vektlegger fokus på implementering i sin omtale.

5.4.4 Innkjøp

I sine innføringsprosjekter har begge kommunene testet ut en rekke type teknologier og utstyrstyper. Vestlandskommunen har en filosofi med lav terskel for å prøve noe nytt. Løsninger hvor det overføres sensitive opplysninger, krever høyere grad av sikker innlogging, som krever større forberedelse og planlegging enn innføring av annen type utstyr.

Kommunen på Østlandet har endret seg i måten de tenker innkjøp. Fra å være en kommune som tidligere kjøpte standardisert produkter, til nå å være utvikler av teknologi i samarbeid leverandører. En respondent i østlandskommunen betegnet EPJ som sentralt i deres satsing. «Vi er en krevende kunde nå. Vi stiller krav og jobber sammen om løsninger» (Respondent 2Ø).

Ut fra datamaterialet vurderer vi det slik at kommunene har gått fra å være en innkjøper av hylle-varer til å bli en bestiller med aktiv deltakelse i utviklingen av programmer og løsninger. Og datamaterialet peker også på at personvernlovgivning og innkjøpsreglement gjør innføringsprosessen mer kompliserte enn de hadde sett for seg. Å takle slik utfordringer har vært en del av læringen for kommunene.

Tabell 5.11: Trekk ved innkjøpsprosessene

Faktor	Like	Ulike
Kjøp av hyllevarer	Har latt teknologien bestemme behovene	Østlandskommunen har økt fokus på at teknologien skal tilpasses brukeren.
Utvikling	Har i implementeringsfasen blitt krevende kunder.	Vestlandskommunen har lav terskel for å prøve nye teknologier. Østlandskommunen ønsker i større grad å sette premisene til leverandørene

5.4.5 Avstandsoppfølging i kommunene

Begge kommunene startet opp prosjektet med avstandsoppfølging i 2016.

Vestlandskommunen fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å følge opp KOLS-pasienter. Østlandskommunen skulle følge opp pasienter med KOLS, hjertesvikt eller diabetes.

Ulikt de andre deltagende prosjekter, stiller brukerne i vestlandskommunen med eget utstyr. På web får de tilgang til en pasientportal hvor de må besvare spørsmål om helsen sin. Viser svarene forverret helse, vil sykepleier kontakte brukeren. Portalen gjør tilgjengelig informasjonsmateriell om kosthold, trening, pusteteknikker, inhalasjonsteknikker og avspenningsmetoder. Gjennom portalen kan bruker bli oppringt med videosamtaler. Tema for samtalene er individuelle men kan til eksempel være å gi økt kunnskap om sykdommen og støtte til å endre livsstilen. Brukerne får tilbud om fem samtaler i en periode på to måneder. Løsningen ble levert

av en privat aktør. Men gjennom datamaterialet ser vi at det har vært utfordringer med teknologien. Utvikleren av pasientportalen har ikke klart å få på plass en to-faktor pålogging (sikkerhetsnivå 4), slik at sikker kommunikasjon mellom helsepersonell og bruker kan skje. Derfor måtte kommunikasjon skje gjennom videochat eller telefon.

Østlandskommunen fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å teste ut en privat leverandør av helseoppfølgingstjenester og medisinsk måleutstyr. Brukerne får hvert sitt nettbrett hvor de kommuniserer med responscenteret. De svarer på kliniske spørsmål og utfører målinger med ulike typer medisinsk utstyr. Svarene fra de kliniske spørsmålene og de medisinske målingene blir kategorisert i rød, gul og grønn sone og grenseverdiene er fastsatt etter brukerens individuelle funksjonsnivå.

Målerhistorikken blir lagret på nettbrettet deres i nesten én måned, og de blir oppfordret til å ha med nettbrettet når de besøker fastlege eller sykehus. Utstyret som ble levert blir opplevd å være ferdige produkter som det har vært lite problemer med.

Vestlandskommunen fikk i oppdrag å opprette sitt eget responscenter med helseoppfølging. Kommunen har valgt å opprette en tjeneste i det lokale helsehuset, samme plass hvor avdelingen for velferdsteknologi holder til. Til forskjell har østlandskommunen kjøpt tjenester fra en privat tjenesteleverandør, og alle henvendelsene fra brukerne i programmet går gjennom dem. Kommunens helsetjenester blir først tilkalt når bruker får en forverring av helsesituasjonen.

Av utfordringer kan vi nevne at vestlandskommunen hadde oppstartsproblemer med prosjektet. Initiert i programmet lå det en forventning om at vestlandskommunen skulle få tilgang til det lokale sykehusets pasienter fra et lignende avstandsoppfølgingsprosjekt. Av juridiske og forskningsetiske hensyn var ikke dataoverføringen mulig mellom kommunen og sykehusets prosjekt. Respondent 2V uttalte i intervjuet at rekrutteringen ble forsinket med cirka et halvt år.

Østlandskommunen sine respondenter har utfordret leverandøren av EPJ-systemet til å lage et program som overfører data fra teknologileverandørens system inn i EPJ-systemet. Hensikten er å redusere administrasjon for sykepleieren. Utviklingen har tatt tid og hvert krevende, men de kan vise til resultater.

Brukerne i prosjektet til østlandskommunen er hovedsakelig blitt rekruttert gjennom media og folkemøter. I følge datamaterialet har nesten halvparten av brukerne i prosjektet blitt rekruttert gjennom at de selv har tatt kontakt ved oppmøte, telefon eller epost. Samarbeid med den kommunale diabetespoliklinikken og sykehuset har ført til gode rekrutteringer. Rekruttering fra fastlege og hjemmetjenesten utgjør bare 8 % av brukerne.

Når vestlandskommunen skulle rekruttere brukere til prosjektet annonserte de i lokalavisa og i et tidsskrift for eldre. Brukerpåmeldinger og rekruttering gjennom Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, står for størst andel rekrutterte til programmet; cirka 54 %. Fysioterapeuter og pårørende er en annen stor rekrutteringskanal sammen med det lokalet hjertelaget.

Tabell 5.12: Avstandsoppfølgingsprosjektene

Faktor	Like	Ulike
Oppgaven fra Helsedirektoratet	En definert oppgave fra Helsedirektoratet	Ulike pasientgrupper.
Teknologi		Østlandskommunen har monitoreringsutstyr. Deler ut nettbrett. Kommunikasjon gjennom løsningen. Vestlandskommunen har spørsmålsskjema – kommunikasjon gjennom telefon. Brukerne stiller med eget utstyr
Responscenter/helseoppfølgingstjenester		Privat tjenesteleverandør vs. kommunal
Rekruttering	Liten grad bruk av fastlege som henvisende instans	Vestlandskommunen ble av ulike årsaker forsinket med et halvt år.

5.5 Hva er erfaringene med velferdsteknologi?

I denne delen av kapittelet vil vi presentere hvilke erfaringer kommunene har med velferdsteknologi. Vil skal presentere empiri omkring koordineringskostnader, økonomiske gevinster, brukertilfredshet, kunnskapsutvikling, standardisering, forvaltningsnivå og profesjonsutfordringer.

5.5.1 Koordineringskostnader

Digitale tjenester må ses både som en utvidelse og som et supplement til kommunenes helse- og omsorgstjenester. Kommunene sine samarbeidsrelasjoner endres så vel som den formelle organisasjonsstrukturer.

Når nye alarmer og sensorer tas i bruk innenfor helsesektoren, fører det til økt behov om å håndtere alarmene. Helsedirektoratet har kommet med nye anbefalinger til utforming av slik responstjenester³ (Helsedirektoratet, 2016). I anbefalingene kan man lese at det bør etableres heldøgntjenester med helsepersonell med høyre utdanning, at det stilles krav til digitale kommunikasjonsferdigheter, tilgang til oppslag i kommunens sitt journalsystem og et minimumskrav til responstid på tjenestene. Vi ser på denne type tjenester som en utvidet og fornyet tjeneste som det stilles nye forventinger til. Omfang av alarmer og sensorer vil trolig øke.

Responstjenester synes å ha en positiv effekt på reduksjon i feilalarmer som ellers håndteres av hjemmetjenesten. Gode responstjenester bidrar da til at hjemmesykepleien kan utføre sine tjenester bedre (Boysen et al., 2016). I østlandskommunen har legevakten har ansvar for responstjenester. Vestlandskommunen kjøper tjenestene fra en privat leverandør.

Velferdsteknologi er blitt et viktig drifts- og utviklingsområde som er gjenstand for ledelsens kontinuerlige oppmerksomhet. Velferdsteknologi er blitt mer sentral i organisasjonen. Som tidligere nevnt er en ny avdeling opprettet som følger av dette.

Informanter i vestlandskommunen omtaler koordinering som at det er veldig mye «logistikk» forbundet med drift, installasjon og vedlikehold. De som jobber med tekniske oppfølging av hjelpemidler⁴ får nye oppgaver og mer å gjøre. Respondenter peker også på juridiske og innkjøpsfaglige utfordringer. «Det må jurister inn i bildet» (Respondent 2V). Brukertilpassede systemer krever også innovative innkjøp.

En utfordring som er tatt opp er kostnader ved brukerutstyr. Hvis en bruker trenger en fallalarm, og den blir definert som nødvendig helsehjelp, kan ikke kommunen ta betalt for utstyret. Fallalarm er en del av en trygghetsalarm. En trygghetsalarm blir i seg

³ Responstjenester i denne sammenhengen er tjenester som knytter seg til alarmmottak fra trygghetsalarmer og sensorer knyttet til disse.

⁴ De fleste kommuner har hjelpemiddelsentraler som tilpasser utstyr som stoler, senger, håndtak, ovnvakt, rullestoler, gåstoler m.v. Tilpasning av hjelpemidler og installering av disse er såles ikke noe nytt fenomen, men med velferdsteknologi utvides disse ordningene.

selv ikke definert som nødvendig helsehjelp, og kommunen kan derfor kreve dekning for deler av utgiftene. I vestlandskommunen koster en slik alarm cirka 500 kroner i måneden. En respondent pekte på at det er utfordring med å ha kostnadskontroll i slike tilfeller, og at det budsjettmessig er vanskelig å ta høyde for kostnadene.

Tradisjonelt definerer økonomiske teori kostnader forbundet med produksjon av varer og tjenester som arbeid (lønn), innkjøp (råvarer) og kostnader med kapital (maskiner). I gevinstberegninger som er utført som en del av følgeforskningen synes en slik mal å være lagt til grunn (Reiten et al., 2016). I et slikt enkelt bilde ser en bort fra kostnader til koordinering, inngåelse av avtaler og rapportering. Gjennom intervjuene har vi kartlagt en rekke kostnader og oppgaver av denne type som følger med velferdsteknologi. Det oppstår en rekke transaksjonskostnader, eller det vi kaller koordineringskostnader. Vi har sett at det må opprettes ny avdeling i kommunen, det må ansettes teknikere til å oppgradere/installes teknologi og responstjenestene utvides og fornyes.

Tabell 5.13: Koordineringskostnader

Faktor	Like	Ulike
Responscenter for alarmmottak	Kravene fra sentrale myndighet	Kjøp fra private og egenregi
Ny avdeling/ koordinerings-enhet	Begge kommunene har opprettet egne avdelinger for koordinering og implementering av velferdsteknologi	
Driftsstøtte	Økt oppgaver til installasjon, drift og vedlikehold av teknologi hos brukerne	
Øvrige støttetjenester	Innkjøp, juridiske tjenester og endring i saksbehandlingsprosedyrer	

Kostnader til kjøp og drift av utstyr	Nødvendig helsehjelp øker kommunen sine kostnader til teknologi.	
---------------------------------------	--	--

5.5.2 Økonomiske gevinster

Vi ser at de økonomiske gevinstene oppnås med blant annet spart tid.

Hjemmesykepleien sparer tid på kjøring til brukere og kommunen kan redusere tallet på besøk i hjem med velferdsteknologi. Kommunen kan unngå kostnader fordi pasienter som ellers ville fått tjenester nå kan leve uten så omfattende hjelp fordi de har tjenester i form av teknologi (unngått kostnader). Begge kommune oppgir at de oppnår innsparinger og forsøker å tallfeste gevinstene ved å si at en sykepleiertimer koster 350 kroner.

I følgeforskningsrapporter pekes det på at noe av gevinster knyttet til medisindispensere reduseres fordi de som har andre tjenester likevel må besøkes. Og gevinstene som vises i gevinstrealiseringsrapportene er gjort ut i fra et lite utvalg. Men de er positive. Det kan stilles spørsmål med representativiteten til funnene. En respondent i østlandskommunen uttrykte at ikke alle gevinster som blir presentert i rapportene er representative like representative.

Sa at de sparte 10-15 millioner kroner (...) vi reagerte på det (...) så ser vi at de hadde et annet fagsystem (...) fått høre at fagsystemet deres er ikke like godt som det vi har, så da henter de selvfølgelig en gevinst.. (...) vi sitter på gjerdet og venter (Respondent 2Ø).

For å illustrere kompleksiteten i gevinstrealisering viser vi til en følgeforskningsrapport fra erfaringene i Listerregionen:

Tiltaket retter seg i stor grad mot brukere som har god funksjonsevne og hvor det i flere tilfeller ikke ville være aktuelt for kommunen å gå inn med tiltak. I noen tilfeller kan tiltaket dermed vurderes å ikke gi direkte kommunaløkonomisk gevinst, fordi det vil medføre merkostnader for kommunen å tilby tjenesten til brukere som ellers ikke hadde fått noe tilbud. På den annen side vil det å hjelpe brukerne til å opprettholde aktivitet som

følge av økt trygghet kunne ha en såpass stor helsemessig gevinst og dermed tilsli kommunaløkonomisk effekt over tid som kan overstiger disse utgiftene. Disse forholdene er komplekse og prosjektet har ikke kunnet utrede dette i tilstrekkelig grad til å konkludere (Røhne & Holmesland, 2016, s.55).

Andre delrapport for avstandsoppfølgingsprosjektet (Helsedirektoratet, 2018) indikerer at det er en klar reduksjon i antall liggedøgn på sykehus i østlandskommunen fra før prosjektet startet opp til målingstidspunktet, og at det også støtter opp om studiene fra andre kommuner. Effekten er sterkest for de sykeste pasientene.

Tabell 5.14: Økonomiske gevinster

Faktor	Like	Ulike
Spart tid	Redusert kjøring, færre besøk	
Unngåtte kostnader	Utsette mer omfattende hjelp	
Reduserte gevinster	Når bruker har flere tjenester kan det redusere kostnader.	

5.5.3 Brukertilfredshet

I våre intervju blir det pekt på av respondentene at brukerne opplever økt egenmestring og brukertilfredshet. Men Helsedirektoratet (2017) fant også at etter hvert som pasienter ble dårligere ble alarmer og måling en stressfaktor i seg selv. I starten av et oppfølgingsopplegg kan man oppleve jevn økning i forbruk av helsetjenester, men denne avtar etter hvert.

Løpende målverdier kan medføre pasientene endrer adferd. Våre respondenter (Respondent 2Ø og 3Ø) kan bekrefte at de observerer det samme i sitt avstandsoppfølgingsprosjekt. Delrapport 2 (Helsedirektoratet, 2018) viser at i østlandskommunens prosjekt har brukerne den høyeste brukeropplevelsen av delprosjektene. Rapporten sier at prosjektet har gitt størst effekt på at bruker føler seg fulgt opp av tjenesten, deretter ser de effekt på brukerens opplevelse av økt

kontroll og mestring av sykdommen. Brukerne er jevnt fornøyd med tjenestene som er gitt av østlandskommunen.

Den samme rapporten sier at prosjektet til vestlandskommunen har et lavere datagrunnlag enn de øvrige delprosjektene, prosjektet er også minst inngripende i hverdagen til pasientene. Likevel peker rapporten på at «Ved brukeropplevelser av tjenesten gir spørsmålet om trygghet etterfulgt av oppfølging, høyest score.» (Helsedirektoratet, 2018).

Følgeforskning fra østlandskommunen peker på at brukerne er blitt tryggere med medisindispenser (Bjørkquist, 2015). For trygghetsalarmene kan de ikke dokumentere at brukerne er mer trygge. Derimot er pårørende positive til dette hjelpemiddelet. I følgeforsingsrapporten i et prosjekt hvor to kommuner fra Oppland som deltok i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, blir det pekt på kunnskapsmangel om brukernes erfaringer (Isaksen, 2017). Likevel sier de at alle brukerne de intervjuet opplevde teknologien som nyttig og til hjelp i hverdagen. De ansatte har trukket frem at brukerne ikke forstyrres i sitt privatliv og de står friere til tilpasse sin egen hverdag, på grunn av medisindispensere. Dette er også kommet fram i våre intervjuer (Respondent 2Ø). I forbindelse med innføring av trygghetspakker i Lister regionen ble det utarbeidet en rapport. Her sier brukerne seg enig i at teknologiene gir et bedre tjenestetilbud (Røhne & Holmesland, 2016). De opplever at teknologien bidrar til trygghet og egenmestring. Likevel skriver de at erfaringene med mobile trygghetsalarmer tilsier at det er usikkert om pasienter kan bo lenger hjemme. I følge respondent 2Ø vil GPS sporing/varsling eller geo-fencing, være noe som kan være med å øke mobiliteten til brukere med demens. Respondenter i østlandskommunen hevder at det blir bedre og billigere tjenester for brukere som har multidose, da løsningen bidrar til færre besøk og korrekt utdeling av medisiner (Respondent 1Ø, Respondent 2Ø).

Oppsummert kan vi si at følgeforskning spriker noe i effekter om hvordan brukere og pårørende opplever den nye teknologien. I følge forskningen gjort i prosjektene vi har undersøkt, er for tidlig å si noe om effektene av brukerne og pårørende har av velferdsteknologi. De gir indikasjoner som er positive, men brukergrunnet er fremdeles for snevert til å konkludere og generalisere. Men delrapport 2 for avstandsoppfølgingsprosjektet gir sterke indikasjoner på at det er en sammenheng mellom prosjektet og brukertilfredshet.

5.15: Brukertilfredshet

Faktor	Like	Ulike
Medisindispenser	Har positive brukeropplevelser.	
Mobile trygghetsalarmer	Resultatene spriker om det gir økt trygghet. Respondentene sier at geo-fencing og sporing kan gi økt mobilitet for de med demens.	
Avstandsoppfølging		Vestlandskommunen har lavest datagrunnlag. Delrapport 2 peker på positive indikasjoner. Østlandskommunen har gode og «sterke funn» ifølge rapport. Vestlandskommunen har noe mer negative funn; blant annet at teknologien oppleves negativt.

5.5.4 Kunnskapsutvikling

Gjennom intervjuene har vi sett at det ikke bare er organisasjonsstrukturen som endres. Vi har registrert at måten kommunen opptrer ovenfor sine leverandører er annerledes. Kommunen må etablere en ny kompetanse når de kommuniserer med pasientene digitalt. Interne samarbeidsrelasjoner får et utvidet innhold fordi ny teknologi krever annerledes samarbeid enn tidligere. Med avstandsoppfølging av brukere kan helsepersonell gå glipp av viktig observasjoner om pasientene sin helsetilstand. Klinisk observasjon handler om å oppdage om bruker er varm eller kald, om hendene skjælver, om huden er rød eller hvilken sinnstilstand bruker har. Som tidligere nevnt er avstandsoppfølgingsprosjektene ulike. Østlandskommunen

har i større grad mulighet til å kontrollere helsedata, enn det vestlandskommunen har. Vi tolker det slik at siden teknologien ikke kan erstatte klinisk observasjon, må det utvikles nye ferdigheter blant fagpersonell når personer følges opp på avstand. Særlig gjelder dette at de har fått organisatoriske erfaring som gjør dem i stand til vurdere hvilken teknologi som representerer et hjelpemiddel for brukerne og hvordan jobbe organisatorisk med løsninger.

Begge kommunen har hatt episoder der tilsatte ikke har tatt i bruke løsningene fordi de har manglet erfaring med å bruke av datasystemer og teknologi. Respondentene sier at den generelle digitale kompetansen er med å øke etterspørselen etter velferdsteknologi. Respondentene uttrykker at etter hvert som samfunnet digitaliseres og den digitale kompetansen øker generelt og kunnskap om velferdsteknologi øker spesielt, øker etterspørselen av velferdsteknologi fra både helsepersonell og brukere. Vi kan ikke si at dette er en virkning av overføringen av ideen, men mer et uttrykk av digitalisering i samfunnet.

5.16: Kunnskapsutvikling

Faktor	Like	Ulike
Digital kommunikasjon	Når pasientrettet kontakt skjer digitalt, må klinisk kompetanse erstattes med andre kommunikative ferdigheter.	
Kartlegge brukerbehov mot teknologi	Kompetanse om hvilken type teknologi som kan passe for en bruker.	
Økt digital kompetanse i samfunnet	Kommunene får mye gratis med at brukere og helsepersonell får økt kunnskap som følge av at samfunnet generelt øker digital kompetanse.	

5.5.4 Standardisering

Begge kommunene peker på dilemma mellom selvråderett for kommunene og behovet for standardisering på tvers av kommunene. Begge kommunene mener standardisering av teknologi og felles prosjekter er bra og utstyr, brukergrensesnitt og

anskaffelser er områder som burde være gjenstand for samordning.

Respondentene mener at EPJ-system bør være felles. Gjertsen, Wiig & Testad (2017) peker utfordringer som lovverk, finansiering og manglende infrastruktur.

Manglende standardisering mellom forvaltningsnivåene og IT-systemer har over tid vært et hinder for å utveksle informasjon. I intervjuene blir kommunenes selvråderett tatt frem som viktig. Midler og ressurser som kommunen selv aktiviserer og skaffer til veie får større tyngde i egen organisasjon. Det ligger motivasjon og drivkraft at kommunene selv kan utvikle et område og bli gode. Og ifølge respondentene får ikke alltid statlige prosjekter samme effekt i organisasjonen som satsinger kommunen initierer selv (Respondent 1Ø).

Vi tolker dette slik at kommunene må ha en aktiv rolle i utvikling av velferdsteknologi, slik vi har sett i kommunene. Men på noen områder er det nødvendig at det skjer en større standardisering mellom forvaltningsnivåene. Vi tolker datamaterialet at det er dilemma mellom et ønske om økt standardisering og lokal fleksibel innovasjon. Å balansere disse hensynene synes å være vanskelig.

5.17: Standardisering

Faktor	Like	Ulike
Standardisering	Behov for standardisering	
Selvråderett	Større engasjement ved selvråderett	

5.5.5 Ulike forvaltningsnivå

Gjennom sine prosjekter har kommunene ulike erfaringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenestene. Forsøksprosjektene har vist at det trolig ligger samfunnsøkonomiske gevinster i bedre samarbeid mellom forvaltningsnivået. Avstandsoppfølgingsprosjektet har gitt gode effekter for brukere i kommunene. Likevel synes det å være store utfordringer knyttet til prosjekter som kommune og spesialisthelsetjeneste skal samarbeide.

Informantene tilkjenner målkonflikt mellom styringsnivåene. Kommunene er opptatt av hvordan pasienter med nedsatt funksjonsnivå skal mestre hverdagen og unngå økt behov for kommunale tjenester, men spesialisthelsetjenesten har fokus på

akuttbehandling. Dataene viser til at det finnes juridiske utfordringer med personvernet og tekniske utfordringer med utveksling av pasientdata, som må løses.

Kommunene har forskjellig syn om hvordan kostnader og gevinster fordeles mellom forvaltningsnivåene. Når teknologien gjør det mulig å skrive ut pasientene tidligere fordi de får tilstrekkelig helseoppfølging hjemme. Østlandskommunen tilkjenner unngåtte kostnader, for eksempel at kommunen kan spare innleggelse på kommunale korttidsplasser. Vestlandskommunen er mer prinsipiell i forhold til dette spørsmålet, og peker på at de overtar oppgaver fra sykehuset.

Effekten av denne type teknologi og denne måte å følge opp kroniske pasienter utvider og forsterker presset på kommunale helse- og omsorgstjenester, i samsvar med samhandlingsreformen. Vi har ikke datagrunnlag for påviser dette, men det synes å være en oppfatning hos våre informanter. Det er likevel slik at kommune må ha kontakt med spesialisthelsetjenesten, når tjenestene etableres. Hvem som har ansvar for oppfølgingen blir derfor et viktig spørsmål.

Ut i fra det vi har diskutert ovenfor mener vi at teknologi kan gi muligheter til bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene og at avstandsoppfølging av pasienter kan gi bedre og nye tjenester. Teknologien flytter grensene på hvor pasientene kan behandles mest mulig effektivt. Det gir administrative, juridiske og økonomiske utfordringer mellom forvaltningsnivå og informasjonsutveksling mellom dem, og kan være til hinder for innføring av velferdsteknologi. Som vi har pekt på tidligere i kapitlet.

5.18: Forvaltningsnivå

Faktor	Like	Ulike
Målkonflikter	Ulik fokus for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	
Fordeling av kostnader og gevinster		Østlandskommunen ser på at avstandsoppfølging kan forhindre kommunale tjenester. De fokuserer

		ikke på at de overtar pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Vestlandskommunen ser få insentiver økonomisk ved å videreføre avstandsoppfølging i den form den er i dag.
Samhandlingsreformen	Indikasjoner på at teknologien flytter grenser og at det får konsekvenser administrativt, juridisk og økonomisk	

5.5.6 Profesjonsutfordring

Hjemmesykepleiere har i dag hatt en viktig oppgave med fordeling av medisin til pasienter. De foretar hjemmebesøk og sørger for at pasientene får rett medisin til rett tid. Begge kommunen har satt i drift elektronisk medisineringsstøtte. Denne teknologi erstatter mange besøk fra hjemmesykepleien (Respondent 2V).

Respondent 1Ø i østlandskommunen peker også på at måling av blodtrykk, veiing, måling av blodsukker og oksygenopptak gjennomføres uten å måtte oppsøke pasienten.

Vestlandskommunen har innført videotilsyn på natt. En tjenesteyter i tjenesten logger seg på og ser til at pasienten er tilstede og velbefinnende. Det medfører at oppgaven endres for nattevaktene (Respondent 1V).

Profesjonene utfordres med velferdsteknologi. I tjenestene omtales ofte pleierne som «varme» hender, mens teknologi omtales som «kald» (Respondent 2V). Studier av tradisjonelle hjemmetjenester har vist at yrkesutøvere i første linje har selvstendig arbeid med lite kontroll og styring ovenfra (Vabø, 2004). Et dilemma som omtales i artikkelen knytter seg større grad av styring på oppgaver og utførelse mot pleierne

som møter pasientene ansikt til ansikt. I våre intervju er ikke et slikt perspektiv omtalt i forhold til velferdsteknologi. Men det å kunne stole på teknologien er et dilemma (Respondent 1Ø).

Informantene beskriver derimot episoder av motstand mot at sykepleieoppgaver overtas av teknologi (Respondent 2V). En organisasjon som tilføres en ide er ikke en «tabula rasa», men en organisasjon med særegen kultur og aktører med ulike interesser (Røvik 2016). I vestlandskommunen har de opplevd utfordringer med at teknologi ikke har vært trygt nok til å erstatte tilsyn (Respondenter 1V og 2V).

Respondentene sier at effektiviseringene gjør at de kan konsentrere oppgavene om de som virkelig trenger hjelp. De omtaler dette som de viktige oppgavene. Ved å innføre teknologi gir dette kapasitet til andre oppgaver og mindre kjøring (Respondenter 1Ø og 2Ø).

En rapport utarbeidet for kommuner i Vestfold og Buskerud (Dugstad et al. 2015) og det samme er påpekt av Gjertsen et al. (2017), viste at tilsatte har høy motivasjon for å bruke teknologi og at det er lite frykt for å innføre dette. De fant også en sammenheng mellom opplæring og hvor godt de ansatte hatt fått bakgrunnsinformasjon i forhold til skepsis til teknologi. Kommunikasjon mellom helsepersonell og teknologer har bidratt til større sikkerhet omkring løsningene. Studien i kommunene i Buskerud og Vestfold gjaldt innføring av elektronisk natt-tilsyn. Sentralt i prosjektet stod hvordan erstatte med videokamera den vurdering nattevaktene gjør gjennom å kunne se, høre og lukte i hjemmet til brukeren. Vestlandskommunen opplevde utfordring under sitt prosjekt med å innføre natt-tilsyn og måtte jobbe med rutiner og trygghet for løsningen (Respondenter 1V og 2V). Pårørende var i utgangspunktet skeptisk til natt-tilsyn i Vestfold og Buskerud, særlig i de kommunen der dette kunne bli satt i sammenheng med innsparing. Her måtte de jobbe for å trygge pårørende.

Begge kommunene har en klar oppfatning av at effektiviseringsgevinsten ikke skal tas ut for tidlig. Effekten skal tas ut over tid gjennom at ressurser som ellers ville bli økt med økt antall pleietrengende ikke tilføres tjenestene. En slik strategi omtales som en måte redusere motstand som ellers ville kommet. Vi finner ikke motstand som rokker ved prosjektene eller forsinker dem i kommunene vi har intervjuet, det er heller ikke dokumenter i følgeforskningsrapporten til Bjørkquist (2015).

5.19: Profesjonsutfordring

Faktor	Like	Ulike
Opplæring	God opplæring kan gi bedre effekt	
Færre arbeidsoppgaver	Sykepleieoppgaver forsvinner når medisinhåndtering og tilsyn (natt og dag) kan effektiviseres.	
Motivasjon til bruk av teknologi	Høy motivasjon for å bruke teknologi gir relativ liten motstand	
Motstand mot teknologi	Lite motstand, selv om mange oppgaver endres	

5.6 Oppsummering

Vi har valgt å presentere en oppsummering av kapittelet i en stikkordsform:

- Begge kommune omtaler positive gevinster for brukerne og kommunen ser effektiviseringspotensiale. Følgeforskningsrapportene er ikke helt entydige. Det må trolig forskes mer på dette.
- Velferdsteknologi kan friggi ressurser til intensive pleie når kjøring reduseres og tal på hjemmebesøk går ned som følge av nye
- Det oppstår koordineringskostander som ikke var tilsiktet fordi organisasjonen endres.
- Utveksling av pasientdata mellom forvaltningsnivåene og standardisering av teknologi er en viktig oppgave for sentrale myndigheter.
- Avstandsoppfølging av pasienter kan gi mange pasienter bedre oppfølging. Administrative utfordringer mellom forvaltningsnivå og kan hindre spredning av slike prosjekter.
- Begge kommunen har også fått erfaring med innovative anskaffelser og innkjøpspolitikken endres.

- Ny kompetanse for digital kommunikasjon må etableres. Tjenesteytere minster verdifull klinisk informasjon når kontakt skjer gjennom video/alarm mottak
- Innføring av ny teknologi krever nytt samarbeid både horisontalt og vertikalt i organisasjonene
- Teknologiprosjekter har gitt kommunene viktige erfaringer som legger grunnlag for nye og større oppgaver.

6.0 Analyse av innføring av velferdsteknologi

Tema for dette kapitlet er hvordan problemstillingen i oppgaven kan tolkes i lys av de empiriske forventningene, jamfør kapittel 2.6. Vi bygger videre på vurderingene i kapittel 5, men nå analyseres hvordan teknologi oversettes og tas i bruk i kommunen.

Tabell 6.1: Empiriske forventninger, jamfør kap. 2.6

Hvorfor innføres teknologi	Hvor kommer ideene fra, begrunnelse og hva består de av?
Hvordan innføres teknologi	Organisering, rolle for statlig politikk, hvordan blir velferdsteknologi møtt i organisasjonen?
Hva er erfaringene	Hva endres, hva er erfaringene og hva er resultatene?

De empiriske forventninger vurderes, omtales og drøftes i perspektiv av Røviks translasjonsteori. Målet med dette er å beskrive oversettelsens virkninger og resultater. Med det mens å vurdere ideen som er kontekstualisert mot trekk ved teknologien, trekk ved prosessen eller trekk ved organisasjonene. I siste del av kapitlet oppsummeres dette.

Det er ikke gitt at det innenfor det empiriske materiale finnes likehetstrekkstrekk nok eller en teoretiske forklaringsramme for kommunene sin gjennomføring. Alternative perspektiver gis noen eksempler på i kapittel 7.

6.1 Detekstualisering

6.1.1 Pakking av ide

Velferdsteknologi omtales ikke som bare som *én* ide som er eksplisitt beskrevet. I vårt materiale finner vi en idestrøm som inneholder flere samtidige fortellinger. Respondentene bruker begreper som tjenesteinnovasjon, hverdagsmestring og brukermedvirkning, og i både de nasjonale og de lokale styringsdokumentene nevnes modernisering av sektoren. Dette er ulike former for pakking av ideen. Med pakking kan forstås presentasjon og form (Røvik, 2007).

Prosjektene ble ikke startet ut i fra en konkret ide eller utprøvd praksis. Derfor tolker vi kommunene til å ha en generell teknologioptimisme som motivasjon for sine innføring av ulike former for velferdsteknologi. En slik tilnærming kan omtales som en universalisering av ideen. Ifølge Røvik (2007) medfører det at en ide er et universalverktøy som kan brukes av flere typer organisasjoner og på ulike typer utfordringer. Vi identifiserer begrepet velferdsteknologi som en universalisering av en idestrøm, og slik gis den legitimitet og det oppnås aksept og spredning av ideen.

I Østlandskommunen er innovasjon blitt en naturlig del av deres organisasjonsutvikling. Hagen omtaler bakgrunnen for kobling mellom innovasjon og velferdsteknologi:

Den hyppige koblingen mellom velferdsteknologi, innovasjon og tjenesteutvikling oppstår fordi teknologien i økende grad gjør det mulig for brukerne å formidle informasjon om seg selv, og utføre oppgaver som før krevde bruk av fagfolk eller ble utført av pårørende. (...) Ny teknologi gjør at organisering og innhold i den profesjonelle tjenesteytingen må legges om. Tjenester er ikke (lenger) noe som utelukkende skal produseres for en bruker, men noe som skal samvirke med, og understøtte brukernes kapasitet til selv å mestre livet. (...) Vi vet ikke hva som vil være de gode løsningene for morgendagen. De må finnes ved forsøk, prøving, feiling og læring. Agendaen blir innovasjon (Hagen, 2017, s. 89-90).

Hagens argumenter ser vi igjen i respondentene sine uttalelser og i kommunenes dokumenter. "Vi har stort potensiale i den fasen som omhandler å identifisere behov, der kan teknologi være nyttig", sier en respondent (Respondent V3).

Derfor er kanskje den største utfordringen (...) kommune framover har å drive sine omsorgstjenester på en annen måte. Vi må satse på at flere skal bli boende i egen bolig og i så stor grad som mulig mestre hverdagen selv. Dermed er paradigmeskiftet i omsorgssektoren avgjørende for at kommunen skal kunne satse på områder som er særdeles viktige for å bedre levekårene og livskvaliteten til innbyggerne. (Kommune øst, rådmannen sin innledning i innledning til årsbudsjett 2018, Handlingsplan 2018-2021, s 2)

Tabell 6.2: Hva består ideen av, pakking av ideer.

	Likt	Ulikt
Alminneliggjøre	Finner hjelpemidler som gjør at brukerne klare seg selv i eget hjem	
Universalisering	Ideen består av teknologioptimisme.	

6.1.2 Løsrivelse

For å kunne forstå ideen bedre skiller Røvik mellom det å få ideen presentert i ulike fora eller om noen introduserer den inn i kommunen. Det er en fordel med god kjennskap til det som skal oversettes inn i kommunen.

En respondent omtalte veikart for tjenesteinnovasjon som noe «alle» snakket om i en periode, et moteord i sektoren. Respondentene uttrykker at de får direkte henvendelser fra teknologileverandører som tilbyr nye løsninger. Østlandskommunen deltar i ulike fylkesdekkende nettverk. Dette er eksempler på ulike arenaer hvor nye impulser og ideer presenteres, og tas med tilbake til egen organisasjon som det Røvik (2007) kaller uthenting av ideer. Eksterne samarbeidspartnere bidrar også med ressurser inn direkte mot kommune og prosjektene. På denne måten bringes ideer til kommunen gjennom utbringning (Røvik, 2007). Andre aktører i utbringingsprosesser er forskningspartnere, bedriftspartnere (for eksempel energiselskapet i prosjektet om smarthus i vestlandskommunen), prosjektledere i NVP (jamfør kapittel 5.4.1). I begge

kommunene har Helsedirektoratet hatt oppfølging av prosjektene. Konsulentene som Helsedirektoratet har engasjert, har i mindre grad erfaring med innføring av velferdsteknologi i kommunesektoren, men de tar med seg kunnskap fra andre prosjekter i kommunesektoren.

Tabell 6.3: Hvor kommer ideen fra (uthenting og utbringning)

	Likt	Ulikt
Uthenting (løsrivelse)	Begge kommunene har gjennomført egne prosjekter med utgangspunkt i egen organisasjon eller i samarbeid med andre. Begge kommuner har deltatt møtearena hvor tema har vært teknologi	Vestlandskommunen deltar i teknologiklynge for velferdsteknologi. Østlandskommunen har deltakelse i internasjonale prosjekter
Utbringning (innhenter fagpersoner med erfaring om praksisen som lærer opp organisasjonen)	Deltakelse i Nasjonalt velferdsteknologi program . Prosjektoppfølging ved Helsedirektoratet (innleid konsulent)	

I våre caser er ideen kommunene står ovenfor uttrykt eksplisitt gjennom NVP. Helsedirektoratet har vært bevisst på hvilke oppgaver som tildeles kommunene. Prosessen kan sies å være interaktiv gjennom at kommunen har kunnet påvirke hvordan NVP har blitt utformet lokalt. En respondent opplyser «det er ganske stor frihet innenfor hvert prosjekt» (Respondent Ø2).

Utgangspunkt er at dette har vært et utprøvningsprosjekt, hvor mye har vært ukjent for kommunene når prosjektene har startet. Dette taler for at prosjektene ikke i full grad er skriftliggjort i starten. Tydeliggjøring av teknologiinnføring er i seg selv en del av målet for det statlige programmet slik at det gjøres eksplisitt for andre kommuner. Utprøving av ny teknologi medfører risiko og usikkerhet med hensyn til hvordan brukerne responderer, hvordan organisasjonen tilpasser seg ny teknologi og i hvilken grad utstyret som innføres er egnet. «Det er ingen teknologiprojekt som går uten at det skjer feil» (Respondent V2). Disse momentene indikerer en kompleks ide som skal gjennomføres når ny teknologi skal på plass.

Velferdsteknologi er innvevd i organisasjonen på den måten at den krever samhandling mellom flere ledd og den blir tilpasset den enkelte bruker. For å få tilpasset utstyret til brukerne må det ha vært gjennomført et samspill mellom tjenesteutøverne, brukeren, pårørende, alarmmottak, teknisk personell mv. Et uttrykk for dette finner vi hos mange respondenter, et eksempel er «Det er mange ting som skal sys sammen» Respondent V1)

Tabell 6.4: Hva består de av (kompleksitet, innvevdhet og eksplisitet)

	Likt	Ulikt
Ideens eksplisitet	Prosjektplaner og annen dokumentasjon gjør ideen eksplisitt, men utprøvningsprosjekt gjør at ikke alle utfordringer er kjent.	
Ideens kompleksitet	Utprøving av ny teknologi, ses i sammenheng med individuelle tilpassede tjenester (brukermedvirkning). Vanskelig å avdekke årsak – virkning. Teknologien omfatter mange og tilpasses individuelt – kompleksiteten øker.	
Ideens innvevdhet	Flere avdelinger må samarbeide, avhengig av eksterne leverandører som utvikler tjenestene/teknologi	

Høy kompleksitet, høy grad av innvevdhet og redusert grad av eksplisitet, trekkes fram av Røvik (2007) som kritiske faktorer for en vellykket overføring.

6.2 Kontekstualisering

6.1 Translatørrollen

Røvik omtaler translatørrollen, eller oversetterrollen, som en viktig funksjon (Røvik, 2007). Datamaterialet viser at innføring av teknologi er en kompleks oppgave.

Prosjektene som er gjennomført har brukt flere fagpersoner innad i kommunen og det

er valgt å opprette egne avdelinger for velferds-teknologi (kap 5.4.2). Disse har fått oppgaver som oversettere/translatører. De har således lagt et viktig grunnlag for oversettelser. Respondenter i østlandskommunen har påpekt sine implementeringsutfordringer knyttet til at avdelingen først ble samlokalisert i 2018.

Tabell 6.5: Hvordan organiseres prosjektene (Translatørrollen i de kommunen)

	Likt	Ulikt
Translatørrollen	Opprettet avdeling for velferdsteknologi Flerkontekstuell bakgrunn (flerfaglig sammensatt)	

6.2.2 Oversetterkjeden

I Vestlandskommunen finner vi tegn på det som Røvik (2007) omtaler som den hierarkiske overføringskjede. Det ser vi ved at respondenter opplyser at prosjektene hadde sitt utspring i staben til direktøren for helse og velferd. I Vestlandskommunen kobles kommunen sin implementering og relansering, tidsmessig sammen med utlysning av statlige prosjekter. Kommunene hadde fra 2011 også en portefølje av enkeltprosjekter. Ny satsingen hadde sitt utspring i en lokal strategi for innføring av velferdsteknologi (2014), og kommunen opprettet en egen avdeling for arbeidet. I den hierarkiske overføringskjede er en slik tilnærming betegnet som top down Røvik (2007) viser til at når ideer fra toppen møter andre nivå i organisasjonen vil det skje en gradvis omforming av ideene. I Vestlandskommunen endres fokus fra det strategiske til det operative, omdreiningen til implementering, ref. kapittel 5.4.3.

I østlandskommunen finner også en top down tilnærming, men det ligger noe bakover i tid. En formell avdeling ble først opprettet i 2016. Etter den tid kan det virke som at satsingen bærer preg av å være mer rettet «nedenfra og opp». Det er ressurspersoner som gradvis utvikler dette over tid. Røvik (2007) omtaler også slike innføringer av ideer gjennom at de blir absorbert i deler av en organisasjon eller deler av et miljø. Her kan de sirkulere over tid før den fester seg.

Tabell 6.6: Oversettingskjede av Velferdsteknologi i kommunene

	Likt	Ulikt
Oversettingskjede		<p>Vestlandskommunen : Hierarkisk overføringskjede «top down» satsing. Etablerte en strategi først, bestemt fra toppen.</p> <p>Østlandskommunene : Ideer sirkulerer i organisasjonen før den festes. Impulser fra helsenettverk og eksterne samarbeid – fester seg til organisasjonen og blir konkrete prosjektsamarbeid. Samla ressursene i avdeling og sørget for forankring i 2016 – men startet med utforsking i 2009.</p>

Kommunene har jobbet med flere prosjekter over tid, også før NVP. Det kan derfor analyseres flere overføringskjeder. Vurderingen over er gjort med bakgrunn i vår tolkning av intervjuene og det som er vektlagt som utgangspunkt når teknologityper skulle utredes og testes i større omfang (fra og med NVP)

6.2.3 Oversettelsesmodus

Respondenter (RØ1 og RØ2) opplyser at østlandskommunen har tatt i bruke veikart for tjenesteinnovasjon og de har fullført prosessen. Samtidig opplyser de at der gjort endringer. Kravene til gevinstrealiseringsrapportene var for omfattende til at prosjektene ble gjennomført i sin helhet. Flere elementer er trukket fra. Et uttrykk for dette er at de bruker «enkle bilder» for å forklare gevinstene, Respondent (RØ1). Vi viser også til analysen 5.4.3. Dette tolker vi som eksempler på at de har et modifierende modus i oversettelse av veikartet for tjenesteinnovasjon og gevinstrealiseringsrapporter.

For vestlandskommunen var synliggjøring av gevinster omtalt av informantene som en viktig dokumentasjon i forhold til videre satsing. «Det er på grunnlag av gevinstrealiseringsrapportene at styringsgruppen har gitt nye oppdrag for oss å jobbe

med.» (RV1). Denne delen er tatt i bruk og blir opplevd som nyttig. De andre delene av veikart for tjenesteinnovasjon ble ikke tatt i bruk. Her har de nyttet et annet verktøy. Det er indikasjon på et mer radikalt oversettelsesmodus, ref. kap. 5.4.3.

Tabell 6.7: Rolle som NVP har hatt i organisasjonen: (Oversettelsesmodus)

	Likt	Ulikt
Oversettelses modus		Vestlandskommunen: Radikalt modus i oversettelse av veikart for tjenesteinnovasjon. Startet med nytt system. Satte implementering som viktigste. Søker etter nye løsninger for definere tjenesteinnovasjon og bruker orientering. Østlandskommunene: Modifiserende modus i oversettelse av veikart for tjenesteinnovasjon og gevinstrealisering. Tar inn nye ideer og utvikler videre. Søker etter ideer hos eksterne – som tilpasses eget idebilde.

Begge kommunene startet opp prosjektet med avstandsoppfølging i 2016. Oppdragene de to kommunene har fått er ulike med hensyn på teknologi, pasientrekrutering og leverandører som skulle benyttes, ref. punkt 5.4.5. I forbindelsen med implementering oppstod det også forsinkelser. Teknologien som ble benyttet var heller ikke ferdigutviklet og omtales omfattende utfordringer med den av Respondent V2 og V3. Vestlandskommunen opplyser at de ikke vil gå videre med den løsning de har prøv ut.

Vi har valgt å avslutte. Hvis det hadde funka tekniske, så hadde vi likevel valgt å slutte av KOLS oppfølginga. Fordi dette med å blande inn en spesialisthelse som ikke passe inn. Det kan være en utfordring med uklare behandlingsansvar mellom fastlege og spesialistlege. Respondent V3

Ut fra et overføringsperspektiv kan vi si at ideen ble tatt inn organisasjonen, tatt i bruk, men avises etter en tid. Østlandskommunen har gode resultater og vurderer å holde frem etter prosjektfasen utløper – Respondent Ø3.

Tabell 6.8: Avstandsoppfølging (oversettelsesmodus)

	Likt	Ulikt
Oversettelses modus (Avstandsoppfølging)		Vestandskommunen: Modifiserende modus da vesentlige elementer er trukket fra. På grunn av manglende video/chat måtte de erstatte dette med vanlig. Telefonoppfølging. De fikk heller ikke tilgang til helsedata så raskt de ønsket. Østlandskommunene: Modifiserende modus i sin oversettelse av prosjektet. De har lagt til (addert) integrasjon med kommunen EPJ-system.

6.2.4 Lokalisering

Når ideer overføres til en ny kontekst «merkes» de i egen organisasjon. Slik blir ideer gjenkjent og akseptert. Når østlandskommunen startet det statlige prosjektet hadde de allerede lokalisert og tidsmerket en tilnærming til å det å jobbe med velferdsteknologi. Respondentene referer til innføringen av håndholdte terminaler og medisindispenser (2009). Dette er en tidsmerking av et tidligere innført prosjekt innen velferdsteknologi. Tidsmerking skaper identitet til ideen.

Tabell 6.9: Tidsmerking og lokalisering

	Likt	Ulikt
Tidsmerking/lokalisering		Østlandskommune tidsmerker oppstart av arbeidet til 2009 når de startet med medisindispensere og håndholdte terminaler.

6.3 Analyse av innovasjon

I vår kontekst er det som nevnt hensiktsmessig å se på innovasjon ut fra KS sin definisjon av fenomenet. Endringene som innføres må ses på som er nytt, nyttig og nyttiggjort.

Velferdsteknologien slik den kommer som utrykk i form av trygghetspakker, vurderer vi helt klar som noe nytt. Selv om det tidligere har vært produsert lignende tjenester med trygghetsalarmer, gir den digitale teknologien muligheter å utvide tjenestene med sensor teknologi. Disse utvidelsene gir helt klart positive effekter for tjenestene,

noe som klart betyr at det er nyttig. Det ser vi ved at sensorteknologien reduserer behovet for manuell oppfølging og kontroll av brukerne. Det samme gjelder geolokalisering, som dessuten har et videre, men ikke realisert gevinstpotensial ved at man kan inngå samarbeid med andre aktører i tjenesteleveransen. Respondent 2V sier blant annet «at alarmen kan knyttes til pårørende i perioder der primærhelsetjenesten ikke er på vakt». Innovasjonen er også nyttiggjort. Om endringene som har kommet er av inkrementell eller radikal art, kan diskuteres. Digitaliseringen åpner for muligheter den gamle, analoge trygghetsalarmen ikke kunne levere, samtidig som at endringene som har kommet er knyttet opp mot tjenester som ligner mye på de som tidligere ble levert.

Medisineringstøtte tilfredsstillende nok ikke KS definisjonen av innovasjon. Her har man oppgradert og forbedret tjenestene ved hjelp av teknologi, men ikke i en slik grad at tjenestene som leveres kan anses som nye.

Natt-tilsyn som vestlandskommune nå har innført har derimot trekk av å være innovativt. Det er tatt i bruk, er nyttig og gir effekt. Tilsvarende synes Østlandskommune sitt prosjekt med avstandsoppfølging av inneha de samme egenskapene. Det kan også diskuteres hvorvidt disse nye digitale tjenestene også er eksempel på radikale innovasjoner. Tjenestene representerer klare brudd med hvordan tjenestene tidligere har ble levert slik at den fremstår som en ny helt ny tjeneste.

Tjenestene er organisert på en annen måte gjennom at et digitalt responscenter eller andre som følger helsedata. Den digitale tjenesten erstatter at pasienten selv oppsøker helsetjenestene eller at helsepersonell oppsøker pasienten. Tjenesten styres og organiseres da på en annen måte. Helsepersonell som utfører digitale samtaler må også lære nye måter å kommunisere på da klinisk erfaring og kompetanse må brukes på en annen måte.

Avstandsoppfølging legger også grunnlag for å bryte ned og legge til rette for sammenkobling mellom 1. og 2. linjetjenestene, men finansielle og organisatoriske barrierer demper effektiv utnytting av disse, og gjør at potensiell effekt ikke blir tatt ut. Kommune Øs har i større grad lyktes, og her gir effektene noen gevinster i form av

færre sykehusinnleggelser, innsparinger for kommunen, lettere kontakt med tjenestene for pasientene. Gjennom helsedata som pasientene får frem selv og sender videre blir de mer oppmerksom på egen adferd og tar større ansvar for egen helse. De vi har intervjuet peker på denne effekten og det er indikert i følgeforskningen. Haug (2014) hevder at telemedisin har potensiale til å bli en radikal innovasjon. Med telemedisin introduseres et nytt produkt, en ny produksjonsmetode og tjenesten organiseres på den annen måte.

Tabell 6.9: Analyse av innovasjon

	Likt	Ulikt
Nytt	Mobile trygghetsalarmer med et større utvalg av sensorer. Nytt for begge kommunene	Avstandsoppfølging er en ny digital tjeneste til oppfølging av personer med langvarige lidelser (Sarpsborg)
Nyttig	Reduserer kostnader og kan gi trygghet. Nyttig for begge kommunene	Avstandsoppfølging oppleves som nyttig, har potensiale for kostnadsbesparelser og kan gi bedre helse hos pasientene
Nyttiggjort	Tjenestetypene har fått mange brukere i begge kommunene	Avstandsoppfølging i Østlandskommunene har mange brukere

6.4 Oppsummering av overføringen

Mislykket overføring kommer til uttrykk på tre måter; frikobling ved at ideen tas inn, men tas ikke i bruk. Den andre er frastøting hvor ideen blir tatt inn, men av ulike grunner lagt vekk. Den tredje og siste er at ideer tas inn og tas i bruk, men gir andre virkninger enn forutsatt (Røvik, 2007). Innføring av velferdsteknologi setter spor i kommunenes organisasjon og det innføres nye tjenester for innbyggerne.

Velferdsteknologi er på ingen måte avvist, selv om noen av prosjektene ikke ble satt i drift på grunn av umoden teknologi eller at de ikke gav de resultater som først ble antatt.

Tabell 6.10: Trekk ved teknologien som påvirker resultatet

	Likt	Ulikt
Trekk ved teknologien	Kommunene har satt i drift medisindispensere og mobile trygghetsalarmer. Trekk ved teknologien (moden og funksjonell) kan gjøre seg gjeldende da begge kommunene har gode erfaring med dette.	Trekk ved teknologien gjorde at østlandskommunen fikk vesentlig bedre erfaringer med avstandsoppfølging. Teknologien som lå til grunn var tilgjengelig når prosjektet startet. Østlandskommunen har også forbedret teknologien gjennom å koble sammen monitoreringsdata med sitt eget EPJ system. Vestlandskommunen sitt avstandsoppfølgingsprosjekt møtte teknologiske utfordringer med hensyn på til sikker pålogging.

Tabell 6.11 Trekk ved overføringen som påvirker resultatene

	Likt	Ulikt
Trekk ved overføringen	Vi viser at kontekstualiseringen er forskjellig i de to kommunene. Innføringsløp går over lenger tid. Vi tror det at ideene sirkulering mellom organisasjonsleddene kan ha utjevnet forskjeller i opprinnelig oversettelsesmodus og oversettingskjeder. Dessuten er utbringning og uthenting like i de to kommunene. Begge kommuner implementert løsningstyper som har potensiale til å bli innovasjoner. En slik kategori oppnås ikke bare ved hjelp av teknologi, men er samspill mellom flere faktorer, systemer og kunnskaper. Kommunen har fått frem	Vestlandskommunen vil avslutte sitt avstandsoppfølgingsprosjekt. Trekk ved overføringen påvirker også resultatet. Østlandskommunen har god erfaring med avstandsoppfølging

	<p>løsninger som vil bety mye for kommunesektoren når slike resultater spres.</p> <p>Vi tror også det ligger normative, motiverende og resultatfremmende elementer i overføringsmekanismer utenfor prosjektene. Det kan handle om hvordan flere prosjekter i flere kommuner spiller sammen. En slik arena kan være NVP (utbringning). Slik sett har overføringen i disse to kommunene vært vellykket. Det vi kan se er at kommunene sine evne til selv å utvikle forståelse, skaffe tilveie kapasitet og opparbeide kompetanse er viktig elementer. Som påpekt supplerer også kommunen sin iterative «prøve feile» tilnærming resultatet. Dette er også trekk ved deres kontekstualisering.</p>	
--	---	--

Tabell 6:12 Trekk ved organisasjonene som påvirker resultatet

	Likt	Ulikt
<p>Trekk ved organisasjonen som påvirker resultatet/ Erfaringene</p>	<p>Kapittel 5.6 oppsumerte endringer og erfaring.</p> <p>Det oppstår koordineringskostnader som ved å ta i bruk velferdsteknologi. Gevinstrealiseringsprogrammene kan ha undervurdert slike faktorer.</p> <p>Manglende finansielle og administrative avklaringer mellom forvaltningsnivåene kan redusere utprøving av teknologi.</p>	<p>.</p>

7.0 Alternative perspektiver

Vi har i dette kapitlet vurdert perspektiver som alternativt kunne vært brukt som sammenlignende og forklarende til hvordan kommunens oversetter og tar i bruk velferdsteknologi. I kapittel 2 kunne flere teoriretninger som kunne vært bruk i analysen. For denne oppgavene sitt område ville en analyse basert på innovasjonslitteratur eller implementeringsteori kunne gitt relevante funn.

7.1 Forklaring i lys av hvordan IKT prosjekter formidles

NVP spiller en viktig rolle for overføring av ideer og for å teste ut nye måter å levere helsetjenester på. Ideene går ikke inn i organisasjonen på egenhånd og det er heller ikke likegyldig hvem som fremmer dem. Nielsen et al. (2014) trekker frem at innflytelsesrike aktører som påvirker og igangsetter prosjekter øker sannsynligheten for at teknologi blir tatt i bruk og satt i drift.

Hagen (2017) omtaler behovene velferdsteknologi skal dekke slik:

Disse behovene kan, noe grovt, deles i tre; Det første er utrygghet og uro. Dette kan avhjelpest ved teknologi til å forbygge ulykker, dempe skadelige konsekvenser av hendelser og varsle raskt dersom noe alvorlig skjer. Det skaper trygghet, ikke bare for brukerne selv, men også for pårørende. Varslingssystemer kan kobles sammen, slik at naboer blir et trygghetsnett for hverandre. Den andre hovedtypen av behov er knyttet til sårbarheten som følger med kognitiv svikt, så som glemsel, og døgnrytme, personlig hygiene, omgang med strøm og ild, osv. Teknologiens rolle er å assistere personen i å mestre de hverdagslige gjøremål. Boligen kan gjøres 'smart', slik at den blir tryggere for beboeren. Adferdsmønstre som er unormale, blir registrert og varsler gitt til andre som kan komme med hjelp. Det tredje store behovet er sosial kontrakt. Ensomhet og sosial isolasjon betyr for de aller fleste både redusert livskvalitet og forverring av helseproblemer. De nye sosiale mediene muliggjør både sosial kontakt og kognitiv stimulering samtidig, i samhandling med andre mennesker uavhengig av hvor man er (s. 89).

Det er ikke unikt at teknologi begrunnes med ulik logikk og ulikt innhold på forskjellige steder i organisasjoner og hvor teknologi skal settes inn (Nielsen et al., 2014). Vi ser at det brukes flere begrunnelser i de intervjuene som er gjennomført, eksempler; økonomiperspektivet, tjenesteperspektivet og sosiodemografiske forhold. Disse forskerne hadde tatt utgangspunkt innføring av håndholdte terminaler i hjemmesykepleien i danske kommuner. Bidraget deres om kontinuerlig forklaring og retolkning avhengig av teknologiinnføringer har vi funnet trekk av i vårt datamateriale.

7.2 Forklaring på prosessen med ved hjelp av Implementeringsteori

I begge kommunene etableres en praksis og en tjeneste som kommunen tidligere ikke har hatt. Siden kommunene er i en utprøvningsfase må de selv finne ut av mange spørsmål, dette kan beskrives som en form for backward mapping. Hvor de har et problem der de har tenkt å bruke velferdsteknologi som en del av løsningen, men løsningen må utvikles og endres underveis (Elmore, 1985, i Offerdal, 2014). Disse nye måtene å samarbeide på i organisasjonene vil ifølge Barrets & Fudges (1981) i Offerdal (2014) kunne sees på som en sirkulerende prosess som veksler mellom aksjon og interaksjon, mellom handlende og forhandlende aktører.

Gjennom våre intervju synes det som om læring og utvikling skjer gjennom interaksjon mellom tjenesteutøvere og brukeren. Andre deler av kommunen (saksbehandlerenheter, juridisk, IKT og driftsledene) involveres også. Gjennom en slik tilnærming etableres taus kunnskap om implementeringsprosesser som kan være like viktig som et veiledningsmaterieell. En informant i Vestlandskommunen omtaler disse prosessene som «å lime det til det kommunale systemet» (RV2). Ideen er ikke låst og det foregår fratrekking og addering i en dynamisk prosess over lenger tid. Det er en styrke for oversettelsene at kommunene er i stand til å vurdere hvordan ta i bruk ideer og gjøre tilpassinger til egen kontekst. En grundigere analyse med et slik teoretisk utgangspunkt som «backward mapping» og implementeringsteori kunne også gitt verdifull innsikt. Men som vi skriver i kapittel 2 kan ideer sirkulere innenfor et felt eller en organisasjon. Nye og forbedrede ideer blir løftet opp igjen til den idemessige representasjon for så sirkulere ned igjen i organisasjonen.

7.3 Forklaring av prosessen ved hjelp av ny-weberiansk byråkratiteori

I teorikapitlet har vi omtalt artikkel fra Hartley (Hartley et. al 2013) som setter innovasjon inn i ulike styringskonsepter. Å belyse innføring i velferdsteknologi i lys av entreprenørskap innen en byråkratisk organisasjon kunne også gitt verdifull innsikt. Sammenligning mellom translatørrollen og rollen som tilrettelegger for innovasjon innenfor en offentlig kontekst kan synes relevant.

Intervjuene viser også at avdelingene, ref. 5.4.2, som er etablert for å håndtere velferdsteknologi må bruke en gruppe ildsjeler og støttepersoner ute i driftsledet i kommunene. Kommunenes helseavdelinger samarbeider med interne og eksterne parter på nye måter for å ta i bruk digitale hjelpemidler. En slik involvering bidrar til å mobilisere avdelingene og få jobben gjort.

Ledere i organisasjoner som arbeider med innovasjon i offentlig sektor bør tilegne seg entreprenørens egenskaper (Hartley et al., 2013). De tar fram tre perspektiver som fremme entreprenørskap i et ny-Weberiansk byråkrati;

1. ledelse som styrker strategisk ansvar for å skape organisasjonsendring,
2. oppfordre til å dele ansvar
3. og styrke samarbeid internt så vel som eksternt.

I følge Crevani, Palm og Schilling (2011) er en entreprenør en nøkkelperson, som kan både være leder og medarbeider, og hans oppgave er å legge til rette et klima for innovasjon. Denne tilnærmingen står i kontrast til den tradisjonelle oppfatning av et byråkratisk lederskap.

Innovasjon innebærer elementer av usikkerhet og utprøving. Innovasjonsprosjekter vil møter hindringer. Gjennom intervjuene går det frem at ny teknologi også innebærer prøving og feiling, motstand og medvind i organisasjonen, aksept av enkelte leverandører og eksklusjon av andre, beskrivelse av tjenester gjennom veikart for tjenstedesign, interessekonflikter som må løses og samarbeidsmønstre som må endres.

Hartley et al. (2013) tar fram rollen som tilrettelegger for innovasjon. Det er likhetstrekk med tilretteleggerrollen som Hartley beskriver og Røvik beskriver som translatørrolle.

Som en respondent i Vestlandskommune sa: «Det er ingen av disse teknologiprojektene som går uten at det skjer feil. (...) Vår jobb er å legge til rette organisatorisk, økonomisk, administrativt, kulturelt og teknologisk».

Avdelingene vi har sett på utvikler motivatorrollen for å sikre godt samarbeid om velferdsteknologi. De har oppgaven med å fjerne hindringer, klargjøre mandat og bygge tillit. De innehar en katalysatorrolle i organisasjonen gjennom å ramme inn utfordringer, bringe inn ny kunnskap og få prosessen på nytt spor når den har stoppet opp (Hartley, 2013).

7.4 Innføringsprosessen sett i lys av teoriretning for samskaping

Veikart for tjenesteinnovasjon kan sies å ha hentet sin inspirasjon omkring nye måter å sette sammen tjenester på med særlig vekt brukerdiallog og brukerinvolvering. I Østlandskommune har ideene rundt innovasjon og brukerorientering i tiden fra 2009 utviklet seg i organisasjonen gjennom internasjonale prosjekter og samarbeid med universitet. En informant fra Østlandskommune forklarer utviklingen slik:

Det var en på en måte en brukerinnovasjon. Det ble tydelig for oss når vi inviterte innbyggerne til fokusgrupper, for rett og slett å finne ut av «hva som er det som gjør deg trygg nok til å bo hjemme?». Det var utgangspunktet vårt, hvor vi spurte i tre forskjellige runder og hadde tilsammen inne 60-70 innbyggere som svarte. Det var tre hovedområder som alle var enige om uavhengig av hvilken gruppe man satt i. Disse hovedområdene var digitale trygghetsalarmer, helsemålinger for kronisk syke. Hvor det er mange mennesker som er dårlig og som ofte får en karriere inn i et høyt omsorgsnivå. «Hvis jeg får noe teknologi som kan trygge på hvordan min helse er, så er det noe som kan gjøre meg trygg til å bo hjemme». Det var også pekt på medisin håndtering (Respondent, Østlandskommune).

Det ser ut til at de har de skaffet seg innsikt i innovasjonsmetoder og da særlig hvordan brukerne involveres, før de går ut i praksisfeltet. Gjennom data som enkeltutsagn og dokumenter kan det virke som om de tenker utvikling av tjenester gjennom interesse- og brukermedvirkning. De har opprettet «fokusgrupper» og en satsing for brukermedvirkning som er omtalt som «e-senior».

Som vi har sett tidligere i kapittel 2 er ikke innovasjon et entydig begrep. Begge kommunene bruker i sitt språk og sin omtale av prosjekter, begreper som relateres til innovasjonsperspektiver. Innovasjon lar seg ikke så lett kjenne igjen. De prosessene vi har studert har møtt barrierer mot tiltakene (Hartley et al., 2013). I seg selv kan byråkratiet være en barriere mot innovasjon. Institusjonelle forhold som lov- og regelverk er innovasjons-barrierer. Det går fram at personvernlovgivning og innkjøpsreglement gjør innføringsprosessen mer kompliserte enn de hadde sett for seg. Å takle slik utfordringer har vært en del av læringen for kommunene.

Et annet poeng som er trukket fram av (Hartley et al. 2013) er at innovasjon kan fremmes i organisasjonene som et motsvar til ideer inspirert av New Public Management. I kommunene ser vi en type entreprenørskap vokse fram innenfor rammen av organisasjonsstrukturer (byråkratier). Hartley et al. (2013) ser en slik nyorientering som ny-Weberiansk der brukerbehov og organisasjonsendring settes i fokus. Østlandskommune jobber med innovasjon. Kommunen har også en pågående satsing hvor et av tiltakene er å gi opplæring til alle ledere i kommunen i innovasjon.

Vestlandskommune har valgt en annen retning. De har gått fra utforskning, til implementering og nå til større elementer av brukerinvolvering. I sin reorientering vurderer de å ta i bruk deler av veikart for innovasjon, som de i første fase avviste. De søker metoder for å analysere brukerne sine behov og koble dette mot velferdsteknologi. Nielsen et al. (2014) peker på at «fortellingen» og strategien om teknologinnføring gjenfortelles og omtolkes kontinuerlig.

Vi har satt «foten» i bakken for å finne ut hvor de sårbare punktene er, der det gnisser, hvor er mulighetsrommet? Der vi kan hente ut bedre tjenester. Vi har hatt workshop med innbyggerne og tjenesteleverandører. Vi har stilt spørsmål, hvordan kunne de brukt dette? Hvordan ser du for deg at du kunne ha brukt

tjenesten? Hvordan er den nyttig for deg? Da pekte de på etablering av tjenestene og veien inn til tjenestene. Dette ble pekt på av både tjenestemottakerne og tjenesteyter som sårbare faser. Veien inn til tjenestene oppleves som lang. Når brukerne 'endelig' får tildelt tjenester så skal oppgaven fordeles innad i virksomheten. Da mister bruker motivasjon. Vestlandskommune kommune har et stort forbedringspotensial i fasen som omhandler å identifisere behov. Det med å vurdere hva vi gjør i dag og se hvor vi kan gjøre det på en annen måte og om digitale tjenester eller e-helse kan hjelpe (Respondent, Vestlandskommune).

Hartley et al. (2013) beskriver at innovasjon i offentlig sektor også handler om skape tjenester sammen med brukerne. På norsk omtales begrepet som samskaping. Almquist et al. (2017) har vurdert velferdsteknologiprogrammet i fire bydeler i Oslo. De siterer Bason (2010) når de omtaler samskaping som en vesentlig del av tjenestedesing. Denne prosessen involverer ansatte, brukere og andre aktører for å skaffe til veie bredde av kunnskap, forslag og behov. Mager og Sung (2011) i Almquist et al. (2017) skriver videre:

Tjenestedesign har som formål å utforme tjenester som er nyttige og meningsfulle fra brukerens perspektiv, samtidig som de er effektive sett fra leverandørens perspektiv (Mager & Sung, 2011). Tjenestedesignmetoder ga en tilnærming til brukerens behov med en helhetlig forståelse av brukernes endrede omsorgsbilde gjennom kontekstuelle intervjuer og observasjoner (Mager & Sung, 2011, i Almquist et al., 2017, s. 147).

Vi har vurdert om den nye dreining til Vestlandskommune innehar kjennetegn på samskaping. Det er indikasjoner på dette. Dette gjelder også for Østlandskommune. Begge har med samskappingsambisjoner i sine overordnede planer.

8.0 Kilde- og litteraturliste

- Berg, Ole T., (2018, 20. februar). Politikk. I Store norske leksikon. Hentet 10. april 2018 fra <https://snl.no/politikk>.
- Bjørkquist, C (2015). *Erfaringer fra pilotering av velferdsteknologi i Sarpsborg kommune: Mobil trygghetsalarm, digital medisindispenser og KOLS-monitorering*, Høgskolen i Østfold. (Oppdragsrapport (Høgskolen i Østfold); 2015:4) Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/285071>
- Bingham, R.D.(1978). T Innovation, Bureaucracy, and Public Policy: A Study of Innovation Adoption by Local Government, *The Western Political Quarterly*, Vol. 31, No. 2 (Jun., 1978), pp. 178-205, hentet fra <http://www.jstor.org/stable/447811> , 11-04-2018 13
- Boysen, E.S., Svagård,I., Ausen, D (2016) Studie av utløste trygghetsalarmer i syv kommuner Når og hvorfor utløses trygghetsalarmene? (SINTEF A27757- Åpen Rapport) Hentet fra; <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/sintef-a27757-studie-av-utloste-trygghetsalarmer-i-syv-kommuner.pdf>
- Boysen, E.S., Støle, N. (2016) *Erfaringer og funn fra pilotering av velferdsteknologi i Stavanger kommune* Erfaringer og funn fra pilotering av velferdsteknologi i Stavanger kommune (INTEF Rapport A27935, 72 p., SINTEF, 2016) Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2421431>
- Bratbergsengen, Kjell. (2017, 12. desember). Digitalisering. I Store norske leksikon. Hentet 15. april 2018 fra <https://snl.no/digitalisering>.
- Bugge, M., Skålholt, A., (2013). Smart Velferd: Styringsparadigmer for innovasjon i kommunene. I Ringholm, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (Red), *Innovative kommuner* (53-69). Oslo: Damm AS.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P.G, & Røvik, K.A., (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3.utg) Oslo: Universitetsforlaget

- Crevani, L., Palm, K. & Schilling, A. (2011) Innovation management in service firms: a research agenda. *Serv bus*, 2011/5, 177-193
doi: 0.1007/s11628-011-0109-7
- De Vries, H., Bekkers, V., Tummers, L.(2016) Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda. *Public Administration* Vol. 94, No. 1, 2016 (146–166) © 2015 John Wiley & Sons Ltd.
- Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2021*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet fra: www.ehelse.no
- Direktoratet for e-helse (2018) Organisasjonskart hentet fra: <https://ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>
- Dugstad, J., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Eide, T., Eide, H(2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester – opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport, (Skriftserien nr 13, 2015, Høyskolen i Buskerud og Vestfold) Hentet fra:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/285837>
- Edquist, C., Hommen, L., and McKelvey, M. (2000). Product versus process innovation: Implications for employment. In Edquist, C., and McKelvey, M (Eds.), *Systems of innovation: Growth, competitiveness and employment*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 128-152.
<https://charlesedquist.files.wordpress.com/2015/02/1998-product.pdf>
- Faridah Djellal, Faïz Gallouj. The laws of imitation and invention: Gabriel Tarde and the evolutionary economics of innovation. 2014 hentet fra
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00960607>
- Fuglsang, L., Rønning, R., (2013). Spredning av innovasjon i kommunene. I Ringholm, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (Red), *Innovative kommuner* (87-101). Oslo: Damm AS.
- Gjertsen, M.T., Wiig, S., Testad, I. (2017) What are the key contextual factors when preparing for successful implementation of assistive living technology in primary elderly care? A case study from Norway A case study from Norway

(December 2017 - Volume 7 - 9) Hentet fra:
<http://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e015455>

Greve, C., (2012). *Reformanalyse - Hvordan den offentlige sektor grundlæggende er blevet forandret i 00'erne (1.utg)* København: Djøf Forlag.

Hagen, K. (2017). Velferdsteknologi, hva er nå det? *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 3(2). 88 – 90

Hansen, L., Almqvist, F., & Misvær, K. (2016). Veikart for tjenesteinnovasjon: Følgforskning på effekten av tjenesteinnovasjon for Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo: Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo

Hansen, L.A, Almqvist, F., & Misvær, K. (2016). Veikart for tjenesteinnovasjon: Følgforskning på effekten av tjenesteinnovasjon for Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo: Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (2016).
Hentet fra:
https://ehelse.no/Documents/Velferdsteknologi/Veikart%20for%20tjenesteinnovasjon_rapport_pdf.pdf

Hansen L.A., Almqvist F., Ørjasæter N. Kistorp K.M., (2017). Velferdsteknologi i sentrum (VIS) - evaluering av velferdsteknologi fra et tjenstedesignperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 3(2).144-152 Hentet fra :
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/velferdsteknologi_i_sentrum_vis_-_evaluering_av_velferdst

Hansen, P.K., (2018) Hva er teknologi? Hentet fra
<https://www.naturfag.no/artikkel/vis.html?tid=1995107>

Hartley, J., Sørensen, E., Torfing, (2013) Collaborative innovation: A viable alternative to market competition and organizational entrepreneurship: *Public Administration Review* 2013

Haug, A.V. (2014). Innovasjonsteori og fremveksten av digital forvaltning. I H. Baldersheim & L.E. Rose (red) *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*, (3. utgave) (153-176) Bergen: Fagboklaget

Helsedirektoratet (2014). *God Helse – Gode liv Strategi 2014-2018*, Oslo 2014 hentet fra url:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Om%20oss/Organisasjon/Strategisk%20plan%20for%20Helsedirektoratet.pdf>

Helsedirektoratet (2014). Utredning av «en innbygger – én journal» IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren. Hentet 15.april 2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/355890dd2872413b838066702dcda88/ikt_ufordringsbilde_helse_omsorgssektoren.pdf

Helsedirektoratet (2015). Omsorg 2020 – Regjeringens plan for Omsorgsfeltet. Hentet 15.april 2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf

Helsedirektoratet (2015). Gevinstrealiseringsrapport nr. 1 (12/2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2016). *Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier (Helsedirektoratet 11/2016)*. Hentet fra: <https://ehelse.no/Documents/Velferdsteknologi/Rapport%20Anbefalinger%20responstjenester.pdf>

Helsedirektoratet (2017). *Avstandsoppfølging. Delrapport 1*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2018). *Avstandsoppfølging. Delrapport 2*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2018). *Samhandlingsreformen* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsedirektoratet. (2018). Organisasjonskart. Hentet fra URL <https://helsedirektoratet.no/Documents/Om%20oss/Organisasjon/Organisasjonskart-helsedirektoratet-norsk.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (u.å) Nettside. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) St. meld nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mangfold. Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008). *Omsorgsplan 2015*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/sartrykk_omsorgsplan_2015.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47 (2008–2009)
Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted – til rett tid Hentet fra URL
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011), Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak
Hentet fra URL:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). St.meld. nr. 9 (2012–2013) En innbyggeren journal Hentet 15.april 2018 fra URL
<https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) St. meld. nr. 29 (2012-2013).
Morgendagens omsorg. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014a). *Omsorgsplan 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014b, 30. oktober) *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse
Hentet fra URL <https://ehelse.no/Documents/Om%20Direktoratet%20for%20e-helse/Hovedinstruks%20Direktoratet%20for%20e-helse.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2016, 10. januar). *Oppdragsdokument*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra URL:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Høgskolen i Innlandet (2015-2017/2019), Studieplan. *Master i Public Administration, moderne forvaltning - breddemaster, Høgskolen Innlandet*. Hentet fra:
https://www.inn.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2015-2016-studiehaandbok/studier/hil/avdeling-for-oekonomi-og-organisasjonsvitenskap/node_132389
- Informasjons og Kommunikasjonsteknologi. (2018, 29. januar). I Store norske leksikon. Hentet 29. april 2018. Hentet fra:
https://snl.no/informasjons-_og_kommunikasjonsteknologi
- Isaksen, J. Paulsen, K.B., Skarli, J., Stokke, R., Melby, L (2017), Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning02 / 2017 (Volum 3)*
- Johannesen, A., Tufte, P.A & Christoffersen, L. (2003). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode(5.utg)* Oslo: abstrakt forlag.
- Kitson A.L. (2009). The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing* 65(1), 217–228 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04864.x
- KS. (2015). *N3 (Nytt, nyttig, nyttiggjort)* Hentet fra URL
<http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/Barn-og-unge/verktoy-og-metoder-for-a-sikre-god-samhandling/innovasjon/>
- KS. (2016, 30. august). *Velferdsteknologiens ABC*. Emne B. Oslo: KS hentet fra:

http://www.ks.no/contentassets/a920496503954698b773aa3c70667c28/ks_veiferdsteknologiens-abc-del-b-f41-skjerm.pdf

KS. (2017a, 23. mai). *Om veikart for tjenesteinnovasjon*. Hentet fra:

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/veikart-for-tjenesteinnovasjon2/introduksjon/introduksjon-til-tjenesteinnovasjon/om-veikart-for-tjenesteinnovasjon/>

KS. (2017b, 23. Mai) *Innovasjon*. Hentet fra:

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/veikart-for-tjenesteinnovasjon2/introduksjon/introduksjon-til-tjenesteinnovasjon/innovasjon/>

Nielsen, J. A., Mathiassen, L. Newell, S. (2014) Theorization and translation in information technology insititutionalization: Evidence from Danish Home Care. MIS Quarterly Vol. 38 No. 1/March 2014 Hentet fra:

<https://pdfs.semanticscholar.org/141e/42b696734826838bebe62e024f478914befd.pdf>

NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

NOU 2016:25. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdfs/nou201620160025000dddpdfs.pdf>

Nærings- og fiskeridepartementet (2008) St. meld. nr. 7 (2008-2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/>

Offerdal, A (2014) Iverksettingsteori - Resultatene blir sjelden som planlagt og det kan være en fordel. Rose, L.E. og Baldersheim, H *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. (219-238). Bergen Fagbokforlaget 2014

Osborne, S.P., Browne, L. (2011) Innovation, public policy and public services delivery in the UK: The word that would be king? *Public Administration* Vol. 89, No. 4, 2011 (1335–1350)

- Pasientjournalloven. Lov av 20. juni 2014 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).
- Reitan, J., Halvorsen, T., Svagård, I (2016) *Samhandlingsmodeller for Avstandsoppfølging av kronisk syke, evaluering av tjenestemodellen Helse@hjemme*, SINTEF A27800 - 2016
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rosvold, Knut A & Gursli-Berg, Gunhild. (2018, 20. februar). Teknologi. I Store norske leksikon. Hentet 11. april 2018 fra <https://snl.no/teknologi>.
- Røhne, M., Svagård, I., Holmesland, M. (2016) *Effekt av trygghetspakker : Erfaringer fra velferdsteknologiprojekter i Lister regionen* (SINTEF A27917) Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2429524>
- Røste, R. (2013). Innovasjonssystem i norske kommuner – tilbakeblikk på PUBLIN-prosjektet. I Ringholm, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (Red), *Innovative kommuner* (71-84). Oslo: Damm AS.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundres organisasjon*. (4.utg) Oslo: Universitetsforlaget.
- Schulz, M (2014), *Logic of Consequences and Logic of Appropriateness*: Palgrave Encyclopedia of Strategic Management, edited by Mie Augier and David Teece (2014)
- Sarpsborg kommune (2018-2021) *Handlingsplan 2018-2021 med årsbudsjett 2018 – bystyrets vedtak*. Hentet fra: <https://www.sarpsborg.com/politikk-og-planer/budsjett/>
- Silverman, D. (2014). *Interpreting Qualitative Data: A Guide to the Principles of Qualitative Research* (5. utg.). Los Angeles: Sage
- Stavanger kommune (2017). *Handlings- og økonomiplan 2018-2021*. Hentet fra: <https://www.stavanger.kommune.no/nyheter/handlings--og-okonomiplan-2018-2021/>

Svagård, I., Boysen, E.S., Fensli, R., Vatnøy, T. (2016) Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder *Delrapport 1-2016 fra prosjektet M4ALMO Universitetet i Agder*

Teigen, H. (2013). Kommunane som innovatører. I Ringholm, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (Red), *Innovative kommuner* (31-51). Oslo: Damm AS.

Vabø, M. (2004). K Effektivitet og kvalitet i omsorgstjenestene – En drakamp mellom nye og gamle styringsidealer. Dahle & Thoresen (Red), *Velferdstjenester i Endring* (194-222). Bergen: Fagbokforlaget

Veggeland, N. (2013). Samhandlingsreformen – en bærekraftig reform? I Veggeland, N (Red.), *Reformer i norsk helsevesen* (81-107) (2.utg). Bergen: Fagboklaget Vigmostad og Bjørke AS

Weiberg-Aurdal, G (2015) Powerpoint - KS oppstartsmote-nettverk-vestlandet-
www.ks.no/.../ks.../innkjopsnettverk/1/oppstartsmote-nettverk-vestlandet-29.april.pdf

Wikipedia, Karl E. Weick, (2018) Hentet fra:

https://en.wikipedia.org/wiki/Karl_E._Weick#Enactment

Yin, R.K. (2014). *Case study research: design and methods*. (5. utg.). Los Angeles: SAGE.

Vedlegg 1 – Leseliste – nasjonale dokumenter

Årstall	Tittel	Dokumenttype	Utgiver
2006	Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) – Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer	Stortingsmelding	Helse- og omsorgsdepartementet
2006	Omsorgsplan 2015	Handlingsplan	Helse- og omsorgsdepartementet
2004	S@mspill 2007	IKT strategi	Helse- og omsorgsdepartementet
2008	Stortingsmelding nr. 7 (2008-2009) – Et nyskapende og bærekraftig Norge	Stortingsmelding	Nærings- og fiskeridepartementet
2009	St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009)	Stortingsmelding	Helse- og omsorgsdepartementet
2011	Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)	Stortingsmelding	Helse- og omsorgsdepartementet
2011	NOU:11 (2011) – innovasjon i omsorg	Norsk Offentlig Utredning	Helse- og omsorgsdepartementet
2012	Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal.	Stortingsmelding	Helse- og omsorgsdepartementet
2013	Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg	Stortingsmelding	Helse- og omsorgsdepartementet
2013	Omsorgsplan 2020	Handlingsplan	Helse- og omsorgsdepartementet
2016	Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten	Norsk Offentlig Utredning	Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Teknologi og innovasjonspolitikken innenfor helse- og omsorgsektoren

Vi er tre studenter som skal skrive en mastergradsoppgave i moderne forvaltning. Vår undersøkelse er kvalitativ, og vil bli gjennomført ved å analysere dokumenter og intervjuer. Vår ramme for undersøkelsen er to kommuner som har deltatt i nasjonalt program for velferdsteknologi. Utvalg av kommuner er gjort i samarbeid med koordinator for programmet i kommunene.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vår analyse vil bygge på intervju i Sarpsborg kommune og Stavanger kommune. Spørsmålene vil omhandle følgende tre tema som vi søker svar på:

Hvorfor innføres velferdsteknologi i din kommune?

Hvordan innføres velferdsteknologiteknologi?

Hva gjør velferdsteknologi med organisasjonen?

Under intervjuet vil vi bruke lydopptak med mobil.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Etterpå vil lydopptakene bli skrevet ned og lagret som tekstfiler på våre personlige pcer. I rapporten vil vi ikke bruke navn, men vil trekke fram at informanter i kommunen har gitt uttrykk for et synspunkt. Dersom du blir sitert direkte vil vi kontakte deg om dette.

Vi vil oppbevare data på våre pcer til sensur foreligger, deretter vil data bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Øyvind Bang-Olsen (41530111), Anders Agdestein (46696377) eller Svein Marcussen (97978767). Veileder er Tor Helge Pedersen (21288165) ved Høgskolen i Innlandet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, ved NSD, Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av respondent, dato)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

	Spørsmål	Stikkord
	Formaliteter	Anonymitet, tidsperspektiv, Formål med undersøkelsen – problemstilling, tema – teori/metode, Anledning til å avbryte intervjuet
	Kan du si litt om din stilling ?	Hva du jobber med, organisatoriske plassering
	Hva består velferdsteknologisatsing av hos dere?	Tjenester ? fagavdeling ? ressurspersoner ? utstyr i hjemmene ?)
	Hvorfor innføres teknologi	
1	Kan du si noe om bakgrunnen for at dere jobber med velferdsteknologi ?	Motivasjon, økonomi/effektivisering, brukerkrav, lokalpolitisk initiert, statlig initiert politikk, leverandører som presenterer løsninger, regionale initiativ, jakt på best praksis, initiativ fra enkeltpersoner
2	Hvordan har dere jobbet med å forme ut deres satsing?	Kopiert fra andre kommuner, omformulering av hva andre har gjort, definert og satt sammen noe på nytt, ?
3	Kan du si noe om utfordringen med et innføringsprosjekt som dette?	Kompleksitet, tverrfaglig kunnskap, mange personer med., kostnader/ressurser, tverretatlig, møter)
	Hvordan innføres teknologi	
4	Hvordan har dere organisert arbeidet med innføring av velferdsteknologi ?	prosjekt, avdeling, andre kommuner, førstelinjetjenesten, hvem andre ?
5	Hvilke ressurser har vært nødvendig for å gjennomføre prosjektene ?	interne, eksterne, budsjetter, utstyr/maskiner
6	Hvordan har prosessen vært lagt opp?	workshops, idedugnader, samlinger, utredninger,
7	Hvilken rolle i utviklingsprosjektet har Helsedirektoratet spilt?	Kommunen har vært pilotkommune, hvordan har dette samarbeidet vært, hvor stor frihet har kommunen hatt, Helsedirektoratet sin rolle ? Var det mulig

		å gjøre endringer i teknologien ? Har dere gjort tilpassinger ?
8	Hvordan er innføring av ny teknologi blitt møtt hos de ansatte?	Holdninger, motstand, aktive/passive
9	Har det oppstått uforutsette hendelser i prosjektet?	Tiltak som er stoppet, forsinkelser, endringer i ressurser,
10	Kan dere fortelle om eventuelle konflikter og uenigheter ?	uenighet mellom tilsette, leverandører, andre organisasjoner
	Hva gjør teknologi med organisasjonene	
12	Hvordan endres tjenestene til innbyggerne når velferdsteknologi tas i bruk?	Hjelpetildeling til brukere, annen form for oppfølging av brukere, i hvilken grad representer dette et brudd med eksisterende praksis. Har du eksempel på fordeler, positive erfaring, forbedringer ?
13	Hva må dere lære som organisasjon for å kunne ta innføre velferdsteknologi ?	endringsmetodikk, innovasjon som begrep og metode, tekniske ferdigheter hos tilsette, samhandling på tvers
14	Hvordan endres kompetansebehovet i deres organisasjon når velferdsteknologi innføres ?	Teknisk assistanse, opplæringsbehov, nye funksjoner, nye rutiner
15	Hvordan endres samarbeidsmåter med andre organisasjoner når velferdsteknologi innføres?	Spesialisthelsetjenester, andre kommuner, leverandører, pårørende
16	Hvordan har innføring av velferdsteknologi medført organisasjonsendringer?	Hvem jobber med hva, nye avdelinger, nye rutiner, nye fagpersoner i helseavdelingen, organisering av responstjenester
17	På hvilken måte påvirker velferdsteknologi organisasjonskulturen ?	Verdier, holdninger, arbeidsmåter, samhandling
18	På hvilken måte endres juridiske og finansielle forhold som følge av innføring av velferdsteknologi	Ny kostnader for kommunen, brukerne, uklare/klare kost/nytte spesialist/kommunehelse, bruker/kommune, personvern)
19	Hva har dere oppnådd	Resultater, erfaringer, brukere, hva er endret, kom med eksempel !