



Avdeling for folkehelsefag

Susanne Frenningsmoen

Masteroppgave

Lovpålagt folkehelsearbeid og innovasjon

- en kvalitativ studie i en kommune

Statutory Public Health Work and Innovation

- a qualitative study in a municipality

2017

1MFV202 Master i folkehelsevitenskap med vekt på livsstilsendringer

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Masterstudiet er nå over og jeg sitter igjen med følelsen av en stor porsjon lærdom om folkkehelsevitenskap og kunnskap om forskningsprosesser. Jeg føler meg også privilegert og takknemlig over at jeg har klart å gjennomføre masterstudiet ved siden av arbeid og familie. Til tider har det vært en «virvelvind» med intensiv jobbing, men jeg synes arbeidet har vært artig og det har gitt meg energi og pågangsmot. Jeg vil rette et ekstra stort Takk til min familie, som har gjort det mulig for meg å gjennomføre studiet.

Kommunen som stilte som «case» i studien tilrettela for meg med interesserte informanter og annen praktisk hjelp for å få det til. Tusen takk! Mine veileder Knut Skulberg & Eivind Skille på campus Elverum har stilt med konstruktive tilbakemeldinger og ledet meg godt igjennom kapitlene. Til sist vil jeg også rette et TAKK til alle gode foreleser i forkant av masteravhandlingen og alle andre som gjorde studiehverdagen trivelig og håndterbar, deriblant betydningsfulle venner som har delt og gitt meg støtte.

Tack så otroligt mycket!

Rena, Oktober 2017

Susanne Frenningsmoen

Innhold

FORORD	II
FIGUR- OG TABELLOVERSIKT.....	V
NORSK SAMMENDRAG	VI
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	VII
1. INNLEDNING	1
1.1 FOLKEHELSELOVEN	3
1.2 INNOVASJONSHISTORIKK OG DEFINISJON	4
1.3 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	6
1.4 BEGREPSFORKLARINGER OG DISPOSISJON.....	8
2. TIDLIGERE LITTERATUR	9
2.1 INNOVASJON OG OFFENTLIG SEKTOR	9
2.2 INNOVASJON OG KOMMUNAL SEKTOR.....	10
3. TEORI	15
3.1 INNOVASJONSSYSTEM.....	15
3.2 TRIPLE HELIX	18
4. METODE	22
4.1 VITENSKAPELIG STÅSTED	22
4.2 FORSKNINGSDESIGN	23
4.3 FORSKERROLLEN OG FORFORSTÅELSE	24
4.4 UTVALG.....	25
4.5 DATAINNSAMLING	28
4.5.1 Kvalitativ forskningsintervju	29
4.6 DATA-ANALYSE.....	31

4.6.1	<i>Kvalitativ innholdsanalyse</i>	31
4.6.2	<i>Dokumentanalyse</i>	33
4.7	METODEDISKUSJON	34
4.8	ETIKK	36
5.	RESULTATER	39
5.1	FOLKEHELSEARBEIDETS ORGANISERING	39
5.2	INNOVASJONSKULTUR	40
5.3	INNOVASJONSFORSTÅELSE	45
5.3.1	<i>Vag begrepsforståelse</i>	45
5.3.2	<i>Kapasitetsfaktorer</i>	48
5.4	INNOVASJONSPROSESSER	52
5.4.1	<i>Innovasjonsgrad</i>	52
5.4.2	<i>Innovasjonsaktivitet</i>	54
6.	DISKUSJON	60
7.	KONKLUSJON	78
	LITTERATURLISTE	81

APPENDIKS

Vedlegg 1.	Kommuneforespørsel
Vedlegg 2.	Samtykke skjema
Vedlegg 3.	Innovasjonsskriv
Vedlegg 4.	Intervju-guide
Vedlegg 5.	NSD-godkjenning
Vedlegg 6.	Utdrag fra analyseringsprosessen
Vedlegg 7.	Litteratursøk

FIGUR- OG TABELLOVERSIKT

Figur 1. Tidslinje for utviklingstrekk innen folkehelse (Skille, Barth-Vedøy & Skulberg, 2015).....	3
Figur 2. Triple helix-modell (Etzkowitz & Leydesdorff, 2000).....	19
Figur 3. Modell for kommunens visjon, «Sammen om vekst og utvikling» (K-S, 2).....	56
Tabell 1. Sammenstilling av innhentet bakgrunnsinformasjon.....	27
Tabell 2. Utdrag fra kvalitativ innholdsanalyse.....	33
Tabell 3. Sammenstilling av undertemaer og temaer fra kvalitativ innholdsanalyse.....	39

Norsk sammendrag

Tittel: «Lovpålagt folkehelsearbeid og innovasjon» – en kvalitativ studie i en kommune

Hensikt: Studien beskriver hvordan de som leder og koordinerer folkehelsearbeidet i en kommune, forstår og opplever innovasjon og innovasjonsprosesser i utviklingen av lovpålagt folkehelsearbeid. Bakgrunnen for studien er interesse for om folkehelseloven gjør kommuner mer innovative for å møte mangfoldige samfunnsutfordringer.

Teori: Teori for innovasjonssystem er lagt til grunn for å forstå hvordan innovasjon oppstår, og for å analysere relasjoner og interaksjoner mellom organisasjoner i prosesser forbundet med lovpålagt folkehelsearbeid. I tillegg har en teoretisk modell, såkalt Triple Helix, blitt benyttet for å illustrere hvor innovasjoner oppstår i samhandling mellom aktørene akademia, næringsliv og offentlig sektor.

Metode: Studien er kvalitativ med et fenomenologisk perspektiv. Utvalget er strategisk av en kommune i Hedmark fylke som «case», og 6 deltaker mellom 30-70 år. Som data-innsamlingsstrategier ble kvalitativ semi-strukturert forskningsintervju brukt og analyse av offentlige dokumenter (kommuneplanens samfunnsdel og delplan for helse- og omsorg). Transkriberte intervjuer ble analysert av kvalitativ innholdsanalyse og offentlige dokumenter av kvalitativ dokumentanalyse.

Resultat/konklusjon: Innovasjonskulturen oppleves som dynamisk og lærende og en vil få til innovasjon og samfunnsutvikling gjennom robust organisering. Den vanligste innovasjonen er å fornye gammel praksis. Ansatte lærer opp for å utvikle tjenestetilbudet til en mer mangfoldig befolkning, og i helsesektoren bygges innovativ kultur via endringskompetanse. Utfordringer er mangel på innovasjonsplaner og handlingskompetanse i sektorer utenfor helse.

Innovasjonsforståelsen er mer variert. Det råder lav teoretisk kunnskap om innovasjon, innovasjonsbegrepet blir lite brukt selv om det jobbes med nytenking. Innovasjon oppleves å oppstå når det leder til en forbedring, et produkt eller en ny praksis gjennom samhandling for å få en verdi for flere. Hindringer for innovativt folkehelsearbeid er mangel på folkehelsekoordinator, mandat for komplekse beslutninger, overordnet budsjett, det diffuse rapporteringsgrunnlaget, samt fag- og språkoversettelsesutfordringer. Drivkrefter består av trang økonomi, lederstøtte, tid og fagmiljøer. Folkehelseloven oppleves både fremmende og hemmende for innovativt folkehelsearbeid.

Begreper og elementer beskriver innovasjonsprosesser og viser ulik grad av innovasjon. Innovasjonsaktivitetene viser nyanser i et folkehelseperspektiv; psykisk helse praktiserer utenfor den tradisjonelle tenkningsrammen, oppvekstsektoren satser på enhetlig skole med fullt utdanningsløp som krever nytenking, samarbeid og dialog. Satsingen av nytt sykehjem skal manøvreres kunnskapsbasert, sammenvevet med erfarings- og brukerkunnskap. Det er et behov for fremtidige studier på temaet og nyanser, da tidligere litteratur er vag.

Nøkkelord: innovasjon, kommunalt lovpålagt folkehelsearbeid, samfunnsutfordringer

Engelsk sammendrag (abstract)

Titel: “Statutory Public Health Work and Innovation” – a qualitative study in a municipality

Aim: The study describes how those who lead and coordinate public health work in a municipality, understand and experience innovation and processes in the development of statutory public health work. The background for the study is an interest in whether the public health act makes municipalities more innovative to meet diverse societal challenges.

Theory: Theory of innovation systems is the basis for understanding how innovation occurs and analyzing relationships and interactions between organizations in processes associated with statutory public health work. In addition, a theoretical model called Triple helix, has been used to illustrate how innovations arise in interaction between academia, business and public sectors from a macro-perspective.

Method: The study is qualitative with a phenomenological perspective. Strategy selection is a municipality in Hedmark county as a "case" and six informants between 30-70 years. As data-gathering strategies, qualitative semi-structured research interviews were used and analysis of public documents (municipal plan and sub-plan for health and care). Transcribed interviews were analyzed by qualitative content analysis and public documents of qualitative document analysis.

Result and conclusion: Innovation culture is experienced as dynamic and educational and one will gain innovation and community development through robust organization. The most common innovation is to renew old practices. Employees are taught to develop services to a more diverse population, and in the health sector, innovative culture is built through change skills. Challenges are lack of innovation plans and action skills in non-health sectors. Innovation understanding is more varied. There is low theoretical knowledge of innovation and the use of innovation concept is uncommon, even though it is working with innovation. Innovation is experienced when it leads to an improvement, product or new practice through interaction to gain value for more. Obstacles to innovative public health work are a lack of public health coordinator, mandate for complex decisions, overall budget, diffuse reporting base, as well as language and translation challenges. Driving forces consist of tight economy, management support, time and professional environments. The public health act is both encouraging and inhibitory for innovative public health work. Concepts and elements describe innovation processes and show different degrees of innovation. Innovation activities present nuance in a public health perspective, for example psychology service practices outside the traditional thinking and the growth sector focuses on unified school with full education that requires innovation, collaboration and dialogue. The establishment of new nursing homes should be maneuvered knowledge-based, interwoven with experience and user knowledge. There is a need for future studies on the subject and nuances, as previous literature is vague.

Keywords: innovation, municipality, statutory public health work, societal challenges

1. INNLEDNING

Den gode folkehelsen som samfunnet i Norge nyter godt av, har velferdsstaten mye av æren for. Helse-systemet som utgjør en vesentlig del av velferdsstaten, og har gjennom samhandlingsreformen blitt tilpasset for å imøtekomme dagens helseutfordringer. Dette betyr at reformen legger blant annet opp til en ny fordeling av ansvar for folkehelsearbeid og nye samarbeidsmåter for å møte de utfordringene vi står ovenfor i et samfunn, fremhevet av økende levealder og med sykdommer vi ikke lenger dør av, men lever og dør med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Folkehelse-loven skal videre hjelpe til en samfunnsutvikling som forbedrer folkehelse. Loven trådte i kraft 1. januar 2012, som en del av samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a), og den skal også legge til rette for samhandling mellom ulike nivåer av forvaltninger og på tvers av sektorer.

Den kommunale sektoren er, som vi kjenner den, viet til produksjon av tjenester til den enkelte innbyggeren. Kommunene som offentlige organisasjoner må derfor orientere seg «oppover», mot politiske mål og bevilgninger, og «nedover», mot produksjon og gjennomføring (Hatling & Sollid, 2016). Det lovpålagte folkehelsearbeidet kan oppfattes at utgjøre store deler produksjon av tjenester, så som en helsefremmende oppvekst, utvikling av trygge og attraktive møteplasser og økt tjenestebehov i helse- og omsorgssektoren med aldrende befolkning. Med bakgrunn i denne utviklingen rettes søkelyset i oppgaven mot om innføringen av folkehelse-loven er med på å utfordre kommuner til å bli mer innovative i forhold til samhandling, begrepsbruken og det å møte utfordrende oppgaver i folkehelsefeltet. I dette ligger om det finnes forståelse, vilje og evne til innovasjon, og om innovasjon er en nødvendighet for å løse fremtidens velferdsutfordringer som påvirker folkehelsen?

I de senere årene har begrepet innovasjon blitt et moderne begrep, også for den offentlige myndighet. For eksempel har den norske regjeringen behandlet *innovasjon* i en

melding til Stortinget i 2008-2009, med hensikten å styrke innovasjonsarbeidet i offentlig sektor på betydningen av god innovasjonsledelse og kompetanse (Det kongelige nærings- og handelsdepartementet, 2008). Hvordan innovasjonsaktiviteter i offentlig sektor bør organiseres er imidlertid mangelfull kunnskap (Hartley, 2008).

Nyere innovasjonsforskning har satt kommunesektoren i fokus, og det er blant annet opprettet en nasjonal innovasjonsskole i regi av Høgskolen Innlandet på Lillehammer i 2014, på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Dette skal gi økt kunnskap hvordan innovasjoner kan løse utfordringer denne sektoren står overfor (Høgskolen Innlandet, 2017). Norges forskningsråd (2017) har også startet et forsknings- og innovasjonsprogram for kommunal sektor (FORKOMMUE), og hvor hovedmålet er å styrke kommunenes kapasitet og evne for innovasjon gjennom forskning. Dette tyder på for å kunne møte nye samfunnsutfordringer, trengs orientering om innovasjon fra statlig nivå ned på kommunal nivå, parallelt med satsing på forskning og innovasjon.

I utviklingsrapporten Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle, defineres folkehelsebegrepet som; ... *befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning*, og begrepet folkehelsearbeid defineres som; ... *samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse* (Helsedirektoratet, 2010: 20).

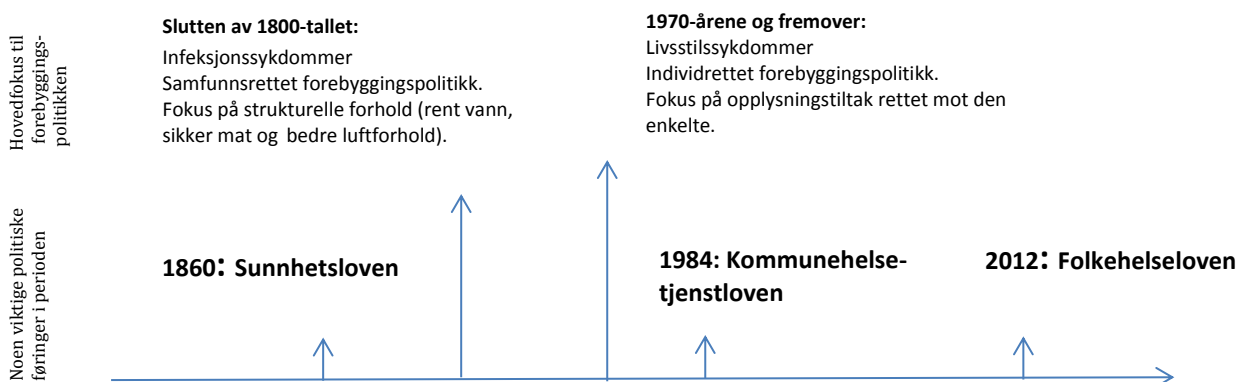
Folkehelseperspektivet for oppgaven, i lys av begrepsdefinisjonen oven, er hvordan lokalt folkehelsearbeid kan utvikles og forbedres, gjennom økt kunnskap om hva innovasjon kjennetegnes ved og dess prosesser. De nasjonale overordnede målene er angitt i § 1 i folkehelseloven, som betyr å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom (Riksrevisjonen,

2015). I folkehelsemeldingen (Meld.St.34) markeres at folkehelsearbeidet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse, og det betyr at «helse i alt vi gjør» utgjør kjernen i dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b).

I Norge er forskning på systematisk folkehelsearbeid knyttet til innovasjonsideologi nærmest fraværende og ut fra dette kunnskapsgapet ønskes å bidra til ny kunnskap ved hjelp av studien. Temaet for oppgaven handler om «lovpålagt folkehelsearbeid og nytenking» og studien vil ta for seg de som leder og koordinerer folkehelsearbeidet i en middelstor kommune i Hedmark fylke. Før vi kommer til problemstillingen, vil lovgrunnlaget som ligger til grunn for systematisk folkehelsearbeid bli skissert, og et kortfattet historisk tilbakeblikk på innovasjon og definisjoner.

1.1 Folkehelseloven

Samfunnet har utviklet seg fra et sykdomsbilde karakterisert av infeksjonssykdommer til et samfunn preget av livsstilssykdommer (Skulberg & Vedøy, 2015). Forfatterne illustrerer i figur 1. en tidslinje for noen viktige utviklingstrekk innen folkehelse og de lover som har vært med og formet folkehelsearbeidet politisk frem til i dag.



Figur 1. Tidslinje for utviklingstrekk innen folkehelse (Skulberg & Vedøy, 2015).

Folkehelsearbeidet, som vises i figur 1, var tidligere en del av helsesektorens oppgaver, forankret i kommunehelsetjenesteloven. Siden 2000-tallet har det skjedd en vitalisering av folkehelsepolitikken, som betyr at feltet har institusjonaliseres, og bygger på en bred forståelse av folkehelse som først og fremst skapes utenfor helsesektoren (Hofstad, 2014). Når folkehelseloven kom i 2011, ble folkehelsearbeidet løftet ut av helsesektoren og gjort til en overordnet tverrfaglig, tverrsektoriell og nivåovergripende oppgave (Negaard, 2015). Krav til systematikk i folkehelsearbeidet innebærer at kommunene skal utarbeide en kunnskapsbasert oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som legges til grunn for det videre arbeidet med folkehelsen. Oversikten skal benyttes i utformingen av mål og strategier for folkehelse i kommunale planer og ved iverksettelse av tiltak rettet mot de viktigste, lokale utfordringene (Riksrevisjonen, 2015). Det som står sentralt for å få i stand systematisk og langsiktig arbeid med folkehelse er rollen som pådriver for samhandling, kunnskap om folkehelse og ressurser. Betingelsen for et godt lokalt folkehelsearbeid er forankring, ledelse og koordinering av arbeidet (Helsedirektoratet, 2010). Det er også verdt å nevne at plan- og bygningsloven (PBL) er kommunens vesentligste virkemiddel for planlegging av samfunnet frem i tid, som viser retning og gir folkehelsearbeidet legitimitet (Hofstad, 2014). PBL og folkehelseloven sammen gir større frihet til å velge hvordan kommuner selv kan organisere arbeidet med planlegging og folkehelsearbeidet (Helse, og omsorgsdepartementet, 2013a). I kortene ligger det redet for at kommuneorganisasjoner kan arbeide med innovasjonsledelse i større grad for å bedre folkehelsen.

1.2 Innovasjonshistorikk og definisjon

Innovasjon er ikke noe nytt fenomen og det er antageligvis like gammelt som menneskeheten, da det ligger i menneskets natur å innsisere nye og bedre måter å gjøre ting

på. Innovasjon som fagområde, ble utviklet innenfor akademia på 60-tallet med forståelsen av at innovasjon handler om læring og utvikling (Fagerberg, 2004).

For å forstå begrepet kan historien til innovasjon deles opp i tre faser (European Commission, 2002). Begrepet var i første fase synonymt med innovasjoner innenfor teknikk, og prosessene ble sett på som linear. I den andre fasen ble innovasjonsprosesser oppfattet som et system med komponenter for å forstå hvordan innovasjoner ble skapt, og i den tredje fasen ble innovasjon sett på som «hjerteroten» i ulike politiske områder. Den siste fasen kan relateres til innovasjonsaktiviteter innen folkehelse i offentlig forvaltning.

Utviklingen av teorier om hvordan en styrer innovasjon i offentlig sektor er videre preget av tre paradigmer. Den første varte frem til 80-tallet og var en tradisjonell administrativ tilnærming, og hvor makten lå hos staten og forventet å levere velferds-systemer gjennom folkevalgte representanter (Hartley, 2005). Det andre paradigmet var New Public Management (NPM) som fokuserte hovedsakelig på organisasjons- og prosess-innovasjon for å effektivisere den offentlige sektoren, i troen på at private tilnærminger i næringslivet kunne og burde implementeres i offentlig sektor (Christensen et al., 2009). Det tredje og siste paradigmet er New Public Governance (NPG), styringsnettverk, og ble innført i begynnelsen av år 2000. Myndighetenes rolle endres fra kontrollerende part til samhandling innenfor et komplekst sosialt system, og denne nettverksstyring åpner opp for innovasjon og tilpassing for interessenters behov (Hartley, 2005).

Det finnes ikke en universell definisjon av innovasjon (Fuglsang, 2010), uten flere ulike, og den utvalgte definisjonen rommer studiens formål, og er hentet fra Norges forskningsråd (2012:11):

«Innovasjoner er nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjonsformer eller markedsføringsmodeller som tas i bruk for å oppnå verdiskaping og/eller samfunns-nytte».

En annen begrunnelse for valget av definisjon er at forskning på innovasjon også kan gi effekter på det som ikke kan måles økonomisk, men som gir verdi for enkeltindivider og samfunnet (Norges forskningsråd, 2012). I tillegg spenner den over både tjeneste- og organisatorisk innovasjon, noe som vil være relevant for studien. For å spisse det mer mot kommuner, har Ringholm et al. (2011) definert innovasjon som; gjennomførte endringer som det ligger bak en intensjon om merverdi i kommunale ytelser, noe som kan oversettes direkte til det kommunale folkehelsearbeidet.

1.3 Forskningsspørsmål

Bristende og sprikende forståelse av hva folkehelseansvaret innebærer, og overføring av kunnskap om folkehelseutfordringer til handling i en kompleks organisasjon, viser å være felles utfordringer for mange kommuner (Kommunetorget, 2015). Hovedfunnene i riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2015), er at folkehelsearbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert, ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse, belyser ytterligere kommunens utfordringer. Hofstad (2012) mener folkehelseutfordringer faller innunder begrepet «wicked problems», og som forklares av Rittel & Webber (1973) som problemer vanskelige å finne løsninger på, fordi en ikke ser forholdet mellom årsak og virkning.

Med bakgrunn i dette blir antakelsen at etter folkehelselovens inntredelse i 2012, følger det naturlig med nytenking og nye måter å arbeide med folkehelse på. Søkelyset for oppgaven rettes mot fenomenet nytenking og kravet om systematisk folkehelsearbeid.

Følgende forskningsspørsmål er utformet ut fra problemstillinger for studien:

Hva kjennetegner innovasjon og innovasjonsprosesser for ledelsen i utviklingen av kommunalt lovpålagt og systematisk folkehelsearbeid?

For å få best mulig utfyllende svar på forskningsspørsmålet, blir den delt opp i tre underpunkter:

- Hvordan opplever ledelsen den generelle kulturen for innovasjon i organisasjonen?
- Hvordan forstår og opplever ledelsen innovasjonsbegrepet?
- Hvordan forstår og opplever ledelsen innovasjonsprosesser?

1.4 Avgrensinger

Det var et ønske at rådmannen deltok i studien med begrunnelsen at rådmannen er den øverste administrative leder i kommunen, jamfør Kommuneloven: 1992, § 23 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 1993). Rådmann kunne ikke stille. Det var også interesse å inkludere politisk ledelse, men uteble begrunnet at oppgaven har fokus på det daglige folkehelsearbeidet og som avspeiler det administrative organet i virksomheten. Avgrensing i forhold til paragrafer i folkehelseloven gjøres ut fra at studien retter seg til en kommune, og avsetter kapitlet (§ 4-7) om kommunen sitt ansvar for loven om folkehelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a), og ble beskrevet i underkapitlet 1.1. Evalueringen av innsatsen som er utføres av kommunenes egen internkontroll (§30), faller dermed utenfor studiens rammer.

Når det gjelder undersøkelsen av offentlige dokumenter, vil avgrensingen bestå i å løfte fram de innovative elementene som forbinder det kommunale lovpålagte arbeidet.

1.4 Begrepsforklaringer og disposisjon

Ordet *kultur* i en organisasjonssammenheng refererer til en sammenblanding som er felles for medlemmene av organisasjonen, så som tankemønster, meninger, verdier og symboler (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Bason (2010) beskriver begrepet *innovasjonskapasitet* i kommunal sektor som balansen mellom hindringer og muligheter for innovasjonsstrategi, politisk kontekst, strukturen i organisasjonen og innovasjonskultur. Kapasiteten avgjør hvordan en kommune genererer og implementerer ideer og ansees som avgjørende for å møte samfunnets velferdsutfordringer. Begrepene *innovasjonsaktivitet* og *innovasjonspraksis* vil begge brukes som et samlet begrep for innovasjonsforståelse og prosesser. Begrepet *offentlig sektor* vil bli brukt gjennomgående i studien. Det velges en definisjon av Idsø (2014) og er en forenkling i forhold til det mangfoldet og de uklare grenser offentlig sektor kan være, og ansees tilstrekkelig med hensyn til hensikten i studien: «*Offentlig sektor, statsforvaltningen, kommuneforvaltningen og forretningsmessig foretak som eies eller er kontrollert av staten eller kommunene*».

Når det gjelder studiens oppbygging omfatter metodekapitlet av *hva* undersøkelsen fokuserer på, *hvem* deltakerne er, *hvor* studien skal utføres og *hvordan* den skal ivaretas (Thagaard, 2013:54). Studien er en casestudie, og dess utforming har betydning for overførbarheten, basert på resultatene (Andersen, 2013:91-103). Svarene på forskningsspørsmålene vil bli drøftet i lys av tidligere litteratur og utvalgte teorier for offentlig innovasjon. Ambisjonen og forventningene med studien er herved å få frem ny empiri om innovasjon i folkehelsearbeidet på kommunal nivå, og som kan ha overføringsverdi til lignende kontekster i form av praktisk relevans. Det betyr også at komme frem til en forståelse som er ulik fra de oppfatningene jeg som forsker tok utgangspunkt i (Thagaard, 2013).

2. TIDLIGERE LITTERATUR

Den samlede nasjonale forskningskapasiteten er i liten grad rettet mot kommunens samfunnsutfordringer og står ikke i proporsjon til de store og komplekse oppgavene kommunen har ansvar for (Norges forskningsråd, 2017). Det er imidlertid behov for mer kunnskap om avgrensningen «innovasjon og lovpålagt folkehelsearbeid», og tidligere studier har ikke fått belyst dette i noen særlig grad. I hovedsak vil det bli presentert tidligere forskning om innovasjon generelt i offentlig virksomhet, og ned på kommunalt nivå. I og med at kommuneorganisasjonen står for fremst produksjon av offentlige tjenester til innbyggernes beste, og som underbygger tanken om å bedre folks helse, ansees litteraturen nedenfor være relevant ut fra studiens formål.

2.1 Innovasjon og offentlig sektor

I den første norske stortingsmeldingen om innovasjon fra 2008, kommer det fram at regjeringen vil legge til rette for økt innovasjon i offentlig sektor for å berge velferden, og de vil satses særskilt på innovasjon i helse- omsorgssektoren (Det kongelige nærings- og handelsdepartementet, 2008).

Innovasjon i offentlig sektor dreier seg om hvordan visjoner for fremtiden gjennomføres, hvordan ideer velges å iverksettes, og hvordan verdiskapning sikres på en effektiv måte (Bason, 2010). Innovasjon i offentlig sektor er forsvarlig når en øker tjenesters kvalitetsverdi, effektivitet eller hvor godt en oppnår formålet med tjenestene (Moore, 1995). Innovasjoner i offentlig sektor er likevel vanskeligere å måle enn i privat sektor, på grunn av at de i liten grad patenteres eller kommersialiseres. Det er også en «oversettelses-utfordring»

knyttet til at aktører i offentlig sektor, som i liten grad bruker begreper og modeller for innovasjonsaktiviteter (Godø, 2009).

For å fremme den innovative kapasiteten i det offentlige og samtidig skape kultur for innovasjon, er det betinget at det blir forankret i politisk- og administrativ ledelse. Videre for å løse identifiserte utfordringer må innovasjon oppfattes som et virkemiddel, ikke en tidkrevende prosess (Moore, 1995). Politikere er sentrale for å løfte visjoner ved store forandringer, og som folkevalgt bedre kommunens posisjon gjennom mobilisering av aktører i lokalsamfunnet og omgjøre folkehelseutfordringer til innovasjoner. Den administrative ledelses rolle er å bygge innovasjonskultur (Sørensen & Torfing, 2011; Ringholm et al., 2011) Når det gjelder forskningens samarbeidsrolle for innovasjon i offentlig sektor kan gjenfinnes på tre nivåer; å bidra i politiske saker og medvirkning til å bedre offentlig organisering og tjenester (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013).

2.2 Innovasjon og kommunal sektor

Regjeringen har utarbeidet en innovasjonsstrategi for kommunesektoren, hvor en ønsker å medvirke til nytenking som en integrert del i virksomheten, og fremme en kultur for innovasjon for å sikre gode tjenester for innbyggerne. Ved hjelp av innovasjonssystemer, kan det gi store velferdsgevinster i form av økt mestring og livskvalitet, og bedret samfunnsøkonomi. Demografiske endringer er en av de viktigste samfunnsutfordringene kommuner står overfor som krever nytenking; blant annet doubles antallet 80-åringer i år 2040 og antallet yngre brukere av velferdstjenester øker kraftig (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013).

For å kunne danne seg et bilde av hva det kan bety når innovasjonsideologien generelt inntar kommunesektoren, kommer det frem i en kvalitativ undersøkelse av to nabokommuner, at strukturelle forhold og valg av ledelsesmodell er avgjørende faktorer til hvordan innovasjonsarbeidet utføres (Mølstad , 2015). En annen studie støtter opp om dette, at ledelsen tar ansvar for innovasjonsarbeidet og som bevisst skaper kultur og handlingsrom for det (Hatling & Sollid, 2016). Den samme studien viser at mangel på tid, press på samhandling og økonomiske ressurser begrenser innovasjonsinnsatsen, men samtidig kan disse være fremmer for innovasjon. I studien til Mølstad (2015), ble innovasjon oppfattet som forbedring av eksisterende praksiser og det ble brukt andre begreper for innovasjon, som for eksempel nyskapning, forbedring, utvikling og omstilling. De to kommunene var samstemte om at jo høyre opp i hierarkiet, jo mer fremtredende er organisatorisk innovasjon. Det var også enighet om at tjenesteinnovasjonen er viktig, men for å få til gode tjenestetilbud er det nødvendig med organisatoriske innovasjoner.

Innovasjon sees på som noe nytt og nyttiggjort og som leder til i en eller annen form for økonomisk gevinst, og få ideene ut i praksis og spre de ut til flere (Aasen & Amundsen, 2011; Fagerberg, 2004; Newell, et al., 2009). Aarsæther (2004) peker ut at innovasjon omfatter nye praksiser som skaper bedre levevilkår i lokalsamfunn og regioner. Offentlige tjenester omsettes ikke i et fritt marked, men isteden vil brukernes opplevelse av tjenestene og dess nytteverdi være en sentral måleindikator. Som kjent i privat sektor er at en måler innovasjon gjerne i form av profitt, mens i offentlig sektor måles den etter meningsfullhet. I det offentlige er det med andre ord fokus på *effektivitet* større enn på lønnsomhet (Aasen & Amundsen, 2011).

Innovasjon utvikler og realiserer nye ideer gjennom en kompleks, åpen og kreativ prosess, og som gradvis leder til forandringer i måten en tenker og gjør ting på (Eggers & Sing, 2009). Ringholm et al. (2011) gjør opp om at kommunalt innovasjonsarbeid i stor grad handler om tett samhandling mellom kommunale aktører og lokale innbyggere, hvilket betyr at initiativet til nytenking blir tatt nedenfra. En annen studie belyser også dette, at selv om innovasjonsaktiviteter kan være styrt av reformer og tiltak av nasjonale og lokale myndigheter (top-down-styrt), er innovasjoner styrt nedenfra og opp det mest utbredte praksisen (Foyn, 2011). I en annen studie vises det motsatte, at sosiale bevegelser som pådriver for innovasjon, fort kan bli oversett av hierarkiet i offentlige systemer (Barry, Berg, & Chandler, 2006).

Litteraturen deles gjerne i to hovedspor i forhold til betydningen av organiseringen av innovasjoner; enten er den forutsigbar og kan deles inn i faser (fra ide til spredning) eller at den er uforutsigbar og kaotisk (Reff & Johansen, 2012). Så selv om en leder, politikere eller annen ansatt leder innovasjonsaktiviteten, vil varige spor for aktiviteten ikke sette seg så lenge de organisatoriske omgivelsene ikke støtter opp om dette.

I en studie av Vinnova (2012), som er den svenske regjeringens ekspert-myndighet for innovasjonspolitik, redegjøres viktige forutsetninger for å få til innovasjon i offentlig sektor, så som lederskap, medarbeiderskap, god organisering av innovasjonsaktivitet, synliggjøring av tjenesteinnovasjon, samt «politiske krefter» så som lovgivning budsjettforandringer. Lignende faktorer ble avdekket i en studie på 7 ulike innovasjonsprosesser i norske kommuner, så som åpenhet for nye ideer, tilstedeværelse av pådrivere for prosesser, støttende lederskap, risikovilje og høy grad av tillit mellom kolleger (Northen Research Institute (NORUT), 2010).

På oppdrag av Helsedirektoratet har Hofstad (2014) re-analysert tidligere forskning om norske kommuners folkehelsearbeid for Norsk institutt for by- og regionforskning i et notat, der totalt 98 deltakere inngikk i tidsperioden 2011-2014. Notatet viser at hovedutfordringen med lovpålagt folkehelsearbeid er samstyringen av folkehelse over virksomhetsgrenser innad i kommunen og utenfor organisasjonen, som viser en dreining bort fra tradisjonell løsningsorientert arbeid. Lovpålagt folkehelsearbeid representerer derfor en form for *offentlig innovasjon* når det gjelder tankemønster, organisering og politikk. Folkehelsen bidrar i form av økt effektivitet av offentlige ressurser, men også utvikling av ideer, åpenhet for læringsutbytte og etablering av nye løsninger som utfordrer gjeldende ovennevnte fastgrodde tankemønster og praksiser. (Torfing, 2011: Sørensen & Torfing, 2011).

Blant barrierer for innovasjon i offentlig sektor omtaler Mulgan & Albury (2003), at ansatte er mer opptatt av den daglige driften enn å finne handlingsrom for nytenking, en opererer med kortsiktige budsjetter og planlegginger og ledelsen har svake innovasjonsferdigheter. Innovasjonsarbeid oppfattes således som hverken risikofritt eller at det kommer gratis. For å løse problemer brukes innovasjoner og ofte er utfallet uvisst. Man vet ikke på forhånd hvilke ideer som vil utvikles til innovasjoner, og med den forståelsen er innovasjonsarbeidet et risikotakende som stiller krav på ressurser (Utterback, 1994). Offentlig sektor har, som kjent, ansvar for tjenester og kan utsettes for innsyn og kontroll av myndigheter, og i følge Albury, (2005), kan viljen til å prøve på nytt med risikofylte innovasjoner begrenses. Et annet hinder for innovasjon kan være når enkelte tjenesteytende virksomheter må rette fokuset på å følge stramme og detaljerte mål- og resultatkrav (Newman et al., 2001: Pollitt, 2003). Lokalt folkehelsearbeid er ofte tiltak finansiert av

prosjektmidler og en utfordring for kommuner med slike ordninger er å videreføre gode prosjekter, som ofte har innslag av innovasjon, til ordinær drift (Hofstad, 2014:129).

For å bygge innovasjonskultur i kommuner, sier tidligere forskning at det er hensiktsmessig i form av holdningsendringer hos politikere og kommunalt ansatte, og samtidig etablere god kommunikasjon mellom involverte aktører for uttesting av ideer (Ringholm et al., 2009). I dette ligger at se på innbyggerne som likeverdige ressurser og hvor for eksempel utdanningsnivå og personlige egenskaper i samhandling blir ansett som avgjørende faktorer i samskappingsprosesser. Kommuner er under omstilling i den forstand at skiftet flyttes fra den ekspertdrevne offentlige myndighet til samhandling og samskapning med likeverdige medborgere (Bason, 2010; Boyle & Harris, 2009; Hartley, 2005). Offentlig sektor mangler likevel systemer som legger til rette for målrettet innovasjonsarbeid for å kunne møte slike omstillinger (Eggers & Singh, 2009).

3. TEORI

Formålet med kapitlet er å presentere og diskutere forskningslitteratur som er relevant for studiens forskningsspørsmål, og senere belyse empirien på en vitenskapelig måte av innhentet datamateriale i diskusjonskapitlet. Den vil bestå av et systemperspektiv på innovasjonssystem og en innovasjonsmodell, såkalt «Triple Helix». Det sistnevnte er en modell som omhandler samhandling om innovasjon mellom stat, næringsliv og forskning og vil belyses ut fra makroperspektiv.

3.1 Innovasjonssystem

Helt tilbake til år 1911 kom Schumpeter ut med sin første bok om innovasjon, og frem til i dag har teorien om innovasjon utviklet seg til å bli et omfattende forskningsområde (Aasen & Amundsen, 2011). Innen innovasjonsforskning var det i begynnelsen ikke vanlig med systemperspektiv på innovasjon, mens nå finnes ulike områder, for eksempel industrielle distrikter, næringsklynger og innovasjonssystemer. Det sistnevnte har sin opprinnelse i bedriften med tilhørende premissleverandører, så som offentlige myndigheter, utdanningsinstitusjoner, leverandører og kunder (Lundvall 1992: Nelson, 1993: Edquist, 2010). Selv om innovasjonssystemet har basis i den private sfæren, og med forventet svakhet ved å bruke den i offentlig kontekst, velges systemperspektivet for innovasjon som hovedteori i studien.

Determinanter i et innovasjonssystem leder prosessen for innovasjon. Eksempel på determinanter er økonomi, sosiale forhold, organisatoriske- og institusjonelle forbindelser og politikk, som påvirker utviklingen, anvendelsen og spredningen av innovasjonen (Fagerberg et al., 2004). Samspillet mellom delene skaper et innovasjonssystem, og hovedelementene er

organisasjoner og institusjoner. Organisasjonen utgjør *spillerne* i systemet, og institusjonene representerer reglementet for spillet, i form av blant annet normer, rutiner, regler og lover.

I følge Vatne (2012), kan innovasjonssystem gjøre det enklere å forstå hvordan innovasjon oppstår, og den vil således kunne legge til rette for å bygge opp innovasjonskapasitet. Innovasjonskapasitet i offentlig sektor «avgjør hvordan ideer genereres og implementeres, «(...) og anses som helt avgjørende i forhold til hvordan fremtidens samfunnsutfordringer håndteres» (Bason, 2010:24). Det som ligger til grunn for systemteori innen innovasjon var empiriske funn om at bedrifter ofte innoverer i samhandling med andre aktører (Edquist, 2005:182). Derfor er det vanlig å se på innovasjon noe som oppstår i et system, da innovasjon nesten bestandig bygger på samarbeid mellom flere aktører i en kontekst av gjensidig avhengighet (Fagerberg, 2004).

Beskrivelser av systemer består av *forenklinger* ved at en legger vekt på det som betraktes viktig i en gitt sammenheng (Edquist, 2001). En grundigere beskrivelse er at systemer er forstått som ett sett aktiviteter og aktører som er bundet sammen, og hvor fokuset blir lagt til relasjonene mellom aktører vedrørende de innovasjonsaktivitetene som gjør seg gjeldende. Det er altså en forståelse at i utviklingen av innovasjoner er det en rekke ulike kilder til kunnskap i ulike fasers samspill, bestående av ulike aktører som kombinerer tidligere ressurser på nye måter i en interaktiv prosess (Gallouj & Djellal, 2010).

Begrepet system skiller seg fra begrepet nettverk ved at systemer gjengis til mer struktur og langvarige rammer (Fagerberg, 2004). Ofte forbinder man begrepet system med noe som er statisk og tilsynelatende konstruert, mens innovasjons-systemer kan forstås som «bevegelig» ved at settet med aktører til sammen påvirker utfallet av en innovasjonsaktivitet

(Nelson, 1993). Lundvall (2011), definerer innovasjonssystemer som relasjoner og interaksjoner mellom organisasjoner som er med å prege prosessenes hastighet og retning, og dermed er et uttrykk for den ovennevnte dynamikken. Systemperspektivet gjør det lettere å se helheten i innovasjonsprosessene, og forståelsen for hvordan ulike aktører bidrar til kunnskaps- og kompetanseutvikling i prosessen, samt hvordan samspillet mellom aktørene fungerer (Banerjee et al., 2016). For dertil å utvikle innovasjonskapasitet, må det være fokus på organisasjonens interne tilrettelegging vedrørende systematisk læring for innovasjon og samhandling om hva som hemmer og fremmer innovasjon, ut fra sosiale og institusjonelle rammer (Bason, 2010; Vatne, 2012).

Systembegrepet er primært et *analytisk grep*, som innebærer at ved hjelp av en slik konstruksjon lettere kan illustrere og forstå dynamikk, og atferd blant de *elementer* som bidrar til en nyskaping (Carlsson & Stankiewicz, 1991). Dette innebærer at alle elementer i systemet ikke nødvendigvis vil være lett å identifisere empirisk eller være til stede til enhver tid. Det innebærer også at et innovasjonssystem ikke nødvendigvis fungerer som et koordinert system, der alt er planlagt og koordinert av en eller flere sentrale aktører. Snarere tvert om vil systembegrepet åpne for at aktørene i systemet kan ha ulike mål, at interaksjon mellom elementene til tider kan være tilfeldig, uten innledende klare intensjoner, at samhandling mellom aktører kan være temporært og at konflikter og spenninger mellom aktører vil være en del av dynamikken i systemet (Carlsson & Stankiewicz, 1991).

En annen måte å forske på innovasjoner, kan være å fokusere på selve *innovasjonsprosess*en. Sørensen & Torfing (2011) deler prosessinnovasjon i fire faser; i fasen for idéutvikling blir utfordringene identifisert, målene fastsatt, og idéene videreutviklet. Den andre fasen handler om utvalget av ideer, hvor de mest aktuelle idéene blir testet, vurdert og

plukket ut. Den tredje fasen kalles implementering, hvor ideene blir gjennomført og satt ut i praksis, og den siste fasen handler om spredning, hvor det nye blir spredt til andre deler av organisasjonen, eller utenfor organisasjoner. Diffusjonsfasen (spredningen) berører hvordan verdiskapingen kan nyttiggjøres (Tidd & Bessant, 2013). Fasene i en innovasjonsprosess er lineær, og dette møter kritikk på at prosessen nettopp ikke oppleves som lineær (Newell et al., 2009). Istedenfor ses innovasjonsprosesser ofte som åpen, dynamisk og ikke-lineær utviklingsprosess, og kan oppleves vanskelig å forutsi og kontrollere (Brennløkken, 2015). Videre tar ikke lineære innovasjonsprosesser hensyn til prosessers diskontinuitet, iterasjoner (repetisjoner) og uklarheter vedrørende det politiske, og prosessene er komplekse med mange ulike beslutninger og forhandlinger av nye ideer i ulike situasjoner (Newell et al., 2009). Til dette hører at åpne prosesser, hvor flere aktører er innblandet, har en iboende usikkerhet for det uventede.

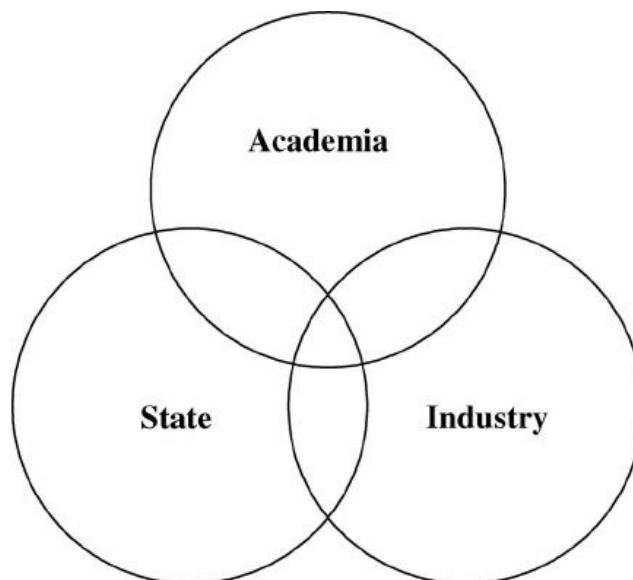
Når en innovasjon er radikal, kan det bety i offentlig sektor en ny reform, eller inkrementell som betyr forbedring av eksisterende tjenester/system/produkter (Fagerberg, 2004). Det vil ofte være mange inkrementelle innovasjoner som får den radikale innovasjonen å bli lønnsom.

3.2 Triple helix

Innovasjonssystem menes samspillet mellom aktørene som inngår i en innovasjonsprosess (Isaksen & Asheim, 2008), og dette samspillet kan beskrives med en modell såkalt Triple helix. Modellen brukes for å utnytte kunnskap for å få fatt i innovasjoner (Etzkowitz, 2008), og den teoretiske modellen egner seg godt til at studere konkrete enkelte tilfeller (Nilsson & Uhlin, 2002). Samarbeidet i modellen mellom myndighet, næringsliv og akademia har en sentral rolle, hvilket betyr at de skal ha like stor

betydning. I studien vil modellen derfor kunne være et hjelpemiddel for å illustrere hendelser som berører innovasjon med de tre hovedaktørene.

Modellen beskrives gjerne som en «spiral» som fanger relasjonene mellom de forskjellige aktørene og at kunnskap mellom dem deles. «Samhandling» er et nøkkelord for at læring og innovasjon skal oppstå, som igjen fører til bedre relasjoner mellom de tre aktørene (Etzkowitz, 2008). Selv om det fortsatt er tydelige grenser mellom de tre institusjonene, har det oppstått et *nytt område*, der produksjon av kunnskap skjer. Skjæringspunktet mellom akademia, næringsliv og myndigheter utgjør denne nye institusjonelle «sfæren», og det er her innovasjoner oppstår, som kalles Triple Helix (Etzkowitz, 2008). Når modellen brukes analytisk, prøver en å beskrive og identifisere hva som skjer når innovasjon skapes, og Triple Helix forventes ikke å være en stabil sammenslutning ((Etzkowitz & Leydesdorff, 1997). For å forstå hvordan institusjonene samhandler om innovasjoner, vil rollene til de ulike aktørene løftes fram.



Figur 2. Modell for Triple Helix ((Etzkowitz & Leydesdorff, 2000)

Myndighetene påvirker både næringslivet og forskningsinstitusjonene gjennom politiske føringer, og utgjør derfor en viktig rolle i «sfæren». Disse føringene utformes på bakgrunn av samarbeidet i Triple Helix, og skjer både fra nasjonalt nivå i forma av «top-down-strategi, og fra lokalt nivå i forma av «bottom-up-strategi» (Etzkowitz, 2003:332). Det beste resultatet oppnås hvis strategiene kombineres. Triple Helix er derfor både en arena for politikkutforming og innovasjoner.

Næringslivets viktigste rolle er å være en arena for å kommersialisere ny kunnskap (Etzkowitz, 2003:295). Næringslivet vil benytte *akademia* som en kilde til ny kunnskap, som igjen vil øke det nasjonale konkurransefortrinnet. Næringslivet vil derfor være villige til å finansiere forsknings-prosjekter ved universiteter, fordi de kan forvente avkastning i form nye produkter, prosesser og tjenester. Et annet poeng som blir nevnt er at foretak kan bidra med kompetanse og erfaring som er viktig for forskning.

Akademia er den viktigste kilden til ny kunnskap og teknologi, og vil derfor være avgjørende for regioner og nasjoners økonomiske vekst (Etzkowitz & Leydesdorff, 2000). Samarbeidet mellom næringsliv og universitet er altså blitt en nødvendighet for begge aktørene og kan forklares med at næringslivet er avhengig av ny teknologi og kunnskap, mens universitetet har behov for finansiering til videre forskning (Etzkowitz, 2008).

Et bristende samarbeid i en Trippel Helix klynge, kan føre til dårlig organisering, spesielt hvis de tre aktørene har forskjellige mål og ønsker. Avgjørende aspekter i den forbindelse er definerte roller i helixen. Det vil være vanskelig å oppnå det man ønsker, dersom myndighetene har et annet ønske enn eksempelvis næringsliv og industri. For å unngå dårlig organiseringer, blir det viktig å tilrettelegge for et velfungerende samarbeid, hvor myndighetene skaper en politikk som tilfredsstiller næringslivet og akademiet. På den

måten kan næringslivet arbeide for nye markeder og produkter og akademiet for kunnskap og læring.

Innovasjonssystem består av enheter som hver for seg spiller en viktig rolle og samtidig er i gjensidig påvirkning på hverandre (Banerjee et al., 2016). Enhetene utgjør *akademia*, myndighetene og næringslivet. I tillegg har forfatterne tatt med *innbyggerne* som en enhet i innovasjonssystemet, som viser til å være en stadig viktigere aktør i utvikling av samfunnet. Carayannis & Cambell (2009) utvidet triple helix til å inkludere det sivile samfunnet og hvor enkeltmenneskene er del av dette samfunnet. De kaller den utvidede modellen «kvadrupel helix» og forbindes med kunnskapssamfunnet, hvor livsstil og livsverdier står sterkt i samfunnet.

4. METODE

I dette kapitlet utdypes metodologien med relevans for min studie; ståsted for vitenskapsteori, design for forskning, forskerrollen, utvalg og datainnsamling, analyse og til slutt metodediskusjon etterfulgt av etiske overveielser. Det handler om valgene i forskningsprosessens ulike deler, og som ansees har ledd til best egnet metodisk fremgangsmåte for å besvare forskningsspørsmålet.

4.1 Vitenskapelig ståsted

Epistemologiske problemstillinger er knyttet til grunnleggende kunnskapssyn (Nyeng, 2004), og forklarer at det er ulike oppfatninger om hvordan en kan innhente kunnskap om verden vi lever i (Hollis, 1994). Ontologiske problemstillinger er relatert til generell virkelighetsforståelse (Nyeng, 2004). I studien handler det om hvordan en henter kunnskap blant ansatte i kommunen, som prøver å forstå sin virkelighet for fenomenet «innovasjon og folkehelsearbeid». Refleksjoner over disse to grunnleggende teoriene har bidratt til valget for vitenskapelig metode. Videre vil forskningen ha et *konstruktivistisk perspektiv*, som menes at deltakerne har sitt syn på verden. Perspektivet fremhever at forskningskunnskap er et resultat av relasjonen mellom forsker og de som blir studert (Thagaard, 2013), og i gjeldende studie prøve å synliggjøre kompliserte forklaringer og erfaringer deltakerne gjør seg i en konstruert undersøkelsessituasjon.

Ved at utforske hvordan mennesker bevisst erfarer livet sitt og forståelsen av sin virkelighet, kjennetegner fenomenologisk perspektiv som beskrivende for å få fram essensen av et fenomen (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). For å utdype hva aktørene mener, kjennetegner hermeneutisk perspektiv betydningen

av å *fortolke* menneskers handlinger gjennom at utforske et dypere meningsinnhold enn det som direkte er instruktivt (Thagaard, 2013). I lys av dette, vil forsker i studien beskrive og fortolke menneskelige erfaringer, i betydningen av sosiale prosesser, for å bringe frem ny og gyldig forskningskunnskap om fenomenet « innovasjonens betydning av lovpålagt folkehelsearbeid».

4.2 Forskningsdesign

I kvalitativ forskning stilles det krav om at designen er fleksibel og åpen, som innebærer å kunne forandre på fremgangsmåtene på basis av den informasjonen som dataene danner (Thagaard, 2013).

Forforståelsen til forskeren henger således sammen med fortolkningen av fenomener, som er en forutsetning for å kunne få syn på og utvikle ny kunnskap og forståelse (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Designen for forskningen vil i lys av dette ha en kvalitativ induktiv tilnærming, som menes med at en konkluderer fra det spesielle til det generelle (Bryman, 2012). Det betyr å utvikle beskrivelser av grunndrag og egenskaper fra et spesifikt teorifelt (innovasjon og folkehelsearbeid), og deretter nærme seg empirien ved at en kan overføre resultatene til flere sammenhenger enn der de fra starten ble hentet fra (Malterud, 2013). Videre har valg av forskningstilnærming vært å benytte ansatte som leder folkehelsearbeidet i en utvalgt kommune i Hedmark fylke som «case». Betegnelsen «case» understreker betydningen av det enkelte tilfelle som gjøres til gjenstand for inngående analyse (Andersen, 2013). Definisjonen lyder «*En case-studie er en empirisk undersøkelse av et fenomen i sine naturlige omgivelser, og hvor ofte flere datakilder benyttes*» (Ringdal, 2001:7). Casestudier retter seg mot å undersøke mye informasjon om få enheter, og hvor

hver avgrenset enhet identifiseres tidlig i forskningsprosessen (Silverman, 2011:138), og i studien består hver enhet av en ansatt som representerer en kommunesektor.

Med utgangspunkt i et eksplorativt design, har kvalitative semi-strukturerte intervjuer blitt benyttet for å samle inn primærdata fra feltarbeidet blant ansatte i casekommunen, og blitt vurdert som den mest hensiktsmessige metoden i forhold til forskningsspørsmålet. Intervjuene har blitt gjennomført i én-til-én-situasjon med en intervjuguide som base.

Vedrørende forskningens legitimitet, velges å bruke begrepene *reliabilitet*, som angår studiens pålitelighet og *validitet*, som angår studiens gyldighet, samt *overførbarhet* knyttet til tolkningsvurderinger (Thagaard 2013). Drøfting av disse begrepene tas videre opp i metodediskusjonen 4.7.

For bearbeiding av datamaterialet fra intervjuene har *kvalitativ innholdsanalyse* blitt brukt for å beskrive variasjoner i teksten av likheter og forskjeller (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). I tillegg har *kvalitativ dokumentanalyse* av offentlige dokumenter blitt benyttet, og ofte kan slike dokumenter sees på som sekundærdata ved at de ikke direkte er knyttet undersøkelsen, men likevel utgjør datakilden for analysen (Befring, 2002).

4.3 Forskerrollen og forforståelse

Kvalitativ forskning er i sin natur av fortolkende art, og som forsker blir det avgjørende å være tydelig, klar og bevisst i forhold til sin rolle, og som i forlengelsen betyr at jeg som forsker er det viktigste forskningsinstrumentet (Postholm, 2010). Malterud (2013) mener det er forskerens forforståelse som ofte er motivasjonen for å komme i gang med forskning om et tema, og kan bygge på erfaringer, antagelser, faglig perspektiver og teoretiske referanserammer (Kvale & Brinkmann, 2012). Prosjektet ble satt i gang med

bakgrunn i et ønske om å se på hvordan lokalsamfunn operasjonaliserer folkehelsemål. Etter hvert modnet tanken om at folkehelseloven setter trolig kommuner på prøve å tenke nytt i forhold til å operasjonalisere disse mål og strategier. Interessen for innovativ tenking bunner i egne arbeidslivserfaringer, med størst erfaring i det å drive eget foretak innenfor turisme, men også fra nåværende kommunalt helsearbeid, fremhevet av innovative prosjekter finansiert av prosjektmidler.

Det å intervjuer stiller allsidige krav til forskerrollen. Kvale & Brinkmann (2012) nevner at kompetansen til intervjueren bygger på faglig ekspertise, sosial kunnskap i møte med mennesker og dyktigheten til å få tilgang til informantenes livsverden, og skjer best gjennom egen praksis. Erfaringer fra motiverende intervjusamtaler som helsearbeider, ble et fortrinn i forskningsprosessen. Motiverende intervju (MI) er en evidensbasert samtalemetode (Helsedirektoratet, 2016), og innebærer for intervjueren å være respekterende, utforskende, lytte reflekterende og åpent innstilt til hva som blir formidlet.

Det som oven blitt beskrevet, har blitt brukt bevisst i forskningsprosessen for å være åpen for nye innfallsvinkler og samtidig være kritisk til tidligere oppfatninger på temaet. Dette kan være med på å forebygge at ikke se helheten eller redusere evnen til å lære av forskningsmaterialet (Malterud, 2013).

4.4 Utvalg

Strategisk utvelgelse betyr først å velge ut en målgruppe for å nå fram til nødvendig data, og deretter velge ut hensiktsmessige deltaker til undersøkelsen (Johannsen, Tufte & Christoffersen, 2010). Det ble foretatt et strategisk utvalg av en kommune, som bygget på formålskriterier for inkludering for å finne frem til den kommunen som var best representativ for oppgavens problemstillinger, og i forhold til overførbarheten til andre

lignende kontekster. Inkluderingskriterier besto av å kunne vise til oversiktsdokumenter i følge Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a) og mål og strategier for folkehelse i kommuneplan eller lignende dokumenter. Det skulle også være en middelstor kommune, sirka 15 000-30 000 innbyggere med begrunnelsen at små kommuner ofte har kommet til kort i forhold til ferdigstilte oversiktsdokumenter (Riksrevisjonen, 2015).

Antall kommuner som oppfylte kriteriene var fire, og en av disse ble ekskludert på grunn av at veileder har for nær relasjon til denne kommunen. Folkehelserådgivere i Hedmark fylkeskommune og Fylkesmannen i Hedmark, såkalt «gate-keepers», ble kontaktet for å innhente anbefalinger om potensiell kommune. Det var enighet om at spesielt en kommune var aktuell for studien, og ble omtalt som fremtidsrettet og klare endringsmål i møtet med fremtidige komplekse samfunnsutfordringer, og dermed regnet å ha flere relevante innovasjonsaktiviteter i gang.

Kommunen mottok en skriftlig forespørsel om deltakelse, se vedlegg 1, bestående i hovedsak av hensikten med studien og begrunnelsen for utvalget. I følge retningslinjer i Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2016), framgår at offentlige organ bør, selv om dette ikke avgjør deltakelse i aktuell studie eller ikke, stille opp på forskning på sin virksomhet med begrunnelsen at befolkningen har en legitim interesse i hvordan institusjoner i samfunnet fungerer. Forespurt kommune stilte seg positive til studiedeltakelse.

Utvalgte informanter fikk forespørsel om deltakelse i studien, og samtlige samtykket, se vedlegg 2, og kortfattet inneholder hensikten med studien, håndtering av data, konfidensialitet og fritt samtykke. Administrative oppgaver omkring undersøkelsen, ble utført av kontaktpersonen i kommunen. Deltakere i studien var ansatte som forventet å ha

klare og formelt definerte oppgaver i forhold til folkehelsearbeidet og skulle representere ulike samfunnssektorer og lederfunksjoner. Leder for den koordinerende folkehelsegruppa valgte ut 6 informanter, inklusive seg selv, som representerte 5 ulike virksomheter i kommunen; helse- og omsorg, samfunnsutvikling, kultur, oppvekst og samfunnsmedisinsk enhet. Det konkrete utvalget av relevante kilder besto av 4 kvinner og 2 menn.

Sammenstilling av den demografiske bakgrunnsinformasjonen til deltakerne presenteres i tabell 1.

	Kjønn	Alder	Fartstid Offentlig sektor (O) Privat sektor (P)	Utdanning	Stilling	Sektor
Inf. 1	K	30-39	5 år O	Master i statsvitenskap	Samfunnsplanleggere	Samfunnsutvikling
Inf. 2	K	60-70	37 år O	Lærerutdanning	Skolefaglig rådgiver	Oppvekst
Inf. 3	M	50-59	32 år O	Master i offentlig ledelse og organisasjon	Kommunalsjef Samfunnsutvikling	Samfunnsutvikling
Inf. 4	K	60-70	40 år O	Master i rehabilitering	Avdelingsleder fysioterapitjenesten	Helse- og omsorg
Inf. 5	M	50-59	33 år O	Barnevernspedagog	Fritidsrådgiver	Kultur
Inf. 6	K	60-70	18 år O 24 år P	Medisin (6 år)	Medisinsk rådgiver	Samfunnsmedisinsk enhet

Tabell 1. Sammenstilling av innhentet bakgrunnsinformasjon for 6 informanter før båndopptak ved intervju-tilfellene.

4 av 6 informanter har offentlig fartstid på minst 30 år, og kun informant 6 har fartstid fra privat sektor i tillegg. 5 av 6 informanter er 50 år eller eldre. 1 informant har utdanning innen ledelse og organisasjon, hvilket kan betraktes være en fordel ved at innovasjonsarbeid stiller krav til ledelseskompetanse og organisering. Den tverrfaglige representasjonen, sett opp mot oppgavens forskningsspørsmål, ble ansett som tilfredsstillende. Malterud (2013) påpeker utvalget skal settes sammen slik at den inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det en ønsker å si noe om, og at et mangfoldig utvalg vil gi muligheter til å beskrive nyanser, utvikle nye hypoteser og skape utfordringer kring det at ikke konkludere for fort på det en finner svar på.

4.5 Datainnsamling

I forkant av intervjuundersøkelsene, mottok informantene et kortere skriv om hva innovasjon i offentlig sektor kan bety, se vedlegg 3. Formålet var å gjøre deltakerne best mulig forberedt, uten å legge føringer som kunne påvirke resultatene med begrunnelse at innovasjon i offentlig virksomhet og folkehelse er lite utbredt og utviklet i følge referert litteratur. Et lav kunnskapsnivå om innovasjon blant deltakerne, kunne derfor forventes på forhånd, basert på tidligere litteratur og aspektet vil drøftes i diskusjonskapitlet.

Ved innhenting av data, ble individuell kvalitativ forskningsintervju med båndopptak brukt. Planen var å gjennomføre 6 intervjuer fordelt på 10 dager i midten av januar 2017. Det ble forsinkelse til begynnelsen av februar, årsaket av sykdom hos en informant. For å optimalisere konsentrasjon- og refleksjonsevnen i intervjuprosessen hos forsker, utførtes maks to intervjuer per tilfelle, og samme møterom ble brukt for å gjøre intervju-kontekst så likt som mulig for hvert intervju.

Intervjuet utgikk fra spørsmålene i intervjuguiden, se vedlegg 4, og designen er semi-strukturell, hvilket betyr at den til dels er planlagt og til dels fleksibel samtale (Kvale & Brinkmann, 2012). Kjerneinnholdet i guiden er delt opp primært i tre dimensjoner, basert på oppdelingen i forskningsspørsmålet; kulturen for innovasjon, oppfattelsen og forståelsen av innovasjon respektive innovasjonsprosesser forbundet med folkehelsearbeidet.

Oppbyggingen av spørsmålene, kan vurderes med hensyn til tematikk og dynamikk. Med tematisk hensyn menes produksjon av kunnskap og dynamisk hensyn speiler den interpersonlige relasjonen i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2012). Er begge dimensjonene til stede leder det som regel til et godt intervju. For å utforme relevante hoved- og underspørsmål for hver dimensjon, ble ulike teorier om innovasjon tatt til hjelp, og

tematikken hjalp forskeren å navigere ut fra taktfullhet og skjønn i intervjuene i tråd med det dynamiske aspektet.

Det ble gjennomført 2 pilot-intervjuer, en tidlig i forskningsprosjektet og en tetter mot oppstart av undersøkelsen. Spørsmålsutformingen stilte krav til kunnskap om innovasjon og ferdigheter hvordan formulere hoved- og underspørsmål for at nå frem best mulig til mottakeren om fenomenet. Dette viste seg å være en krevende og lærerik prosess.

For å danne seg et bilde av hvordan casekommunen profilerer seg i forhold til studiens tema, ble offentlige dokumenter plukket ut i samråd med leder for folkehelsegruppa og som utgjorde grunnlaget for dokumentanalysen, se underkapitlet 4.6.2.

4.5.1 Kvalitativ forskningsintervju

Med forskningstermer og ut fra fenomenologisk filosofi er det en «inter-personlig livsverdensintervju», og i skjæringspunktet mellom (inter) intervjuerens og den intervjuedes synspunkter (view) dannes kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012).

I «brifing-fasen» av intervjuet, ble det repetert om formålet med studien og presisert at hvis noen deltakere ikke ønsket å få sin stilling publisert, kunne de si fra etter intervjuet når de visste hva som hadde blitt sagt. Samtlige informanter ga skriftlig og muntlig samtykke om å bruke stillingsbenevnelsen i studien. Informantene ble videre informert om bruken av båndopptaker og håndtering av datamaterialet konfidensielt. Bakgrunns-spørsmålene foregikk uten båndopptak.

Kvaliteten på datamaterialet (kunnskapen) kan variere og er bestemt av kvaliteten på ferdighetene hos intervjuer og de må til mye øvelse for å nå opp til et kvalifisert nivå. Likevel handler ikke god praksis bare om å utføre praktiske handlinger, men også kunne avgjøre hvilke teknikker som kan anvendes i en gitt situasjon, spesielt i tilfeller som krever

ettertenksomme valg (Kvale & Brinkmann, 2012). Som forsker erfartes at fokuset i intervjuene var mer innrettet på å samle inn data i samspillet med informantene, enn teknikker knyttet intervjuformen. Dette kan være resultat av mange års trening med motiverende helsesamtaler. I følge Kvale & Brinkmann (2012), behersker intervjuer sitt fag og dynamikk når denne tenker mindre på teknikker, og underlettes ved bruk av lydopptaker.

Under intervjuene ble momentet om *oppsummeringer* fra MI anvendt med mulighet for informanten å fylle på eller trekke fra, og som sikrer at en har forstått hva informanten prøver å formidle (Holm Ivarsson, 2011). Språket er videre intervjuets «medie-form» og en viktig ferdighet, mens andre aspekter som ikke kan verbaliseres er vanskeligere, så som de tause og relasjonelle egenskapene i intervjuet. Eksempel på det tause aspektet er det å kunne lytte tålmodig (Kvale & Brinkmann, 2012), og denne delen opplevdes vanskelig for forsker og kan forbedres. Et annet viktig læringsøyeblikk var ved avlyttingen av båndopptakene. Data-materialet fra intervjuene er et levende materiale, og ga muligheter til å kunne lytte om igjen på ulike deler, og derigjennom gjøre stadig forbedringer for kommende intervjuer. Materialet til 6 informanter (enheter) utgjorde store mengder data (over seks timer) og trening på spesialiserte ferdigheter og utøvelse av skjønn, var et godt utgangspunkt.

I debriefingen fikk informantene spørsmål om hvordan de opplevde intervjuet. Som forsker opplevdes av at flere av informantene ble satt på prøve i forhold til forståelsen for fremst innovasjonsaspektet. Noen av informantene ga uttrykk for at de følte intervjusettingen som spennende, nervøst og lærende, og en vanlig erfaring er at informanter opplever det som en berikelse og ved noen tilfeller har de fått ny forståelse for sin virkelighet og livsverden (Kvale & Brinkmann, 2012). I hver intervjusituasjon ble det reflektert over hvordan informanten hadde uttrykt sitt kroppsspråk (tonefall, øyekontakt, engasjement, trygghet for temaet), og ble notert ned i form av stikkord i den grad det var behov for det.

4.6 Data-analyse

4.6.1 Kvalitativ innholdsanalyse

Til analysering av datamaterialet velges *kvalitativ innholdsanalyse* med utgangspunkt i Grønmo (2004), hvor formålet er å gi et innblikk i argumenter, synspunkter, holdninger eller verdier i tekstene. Framgangsmåten består ellers av en glidende skillelinje mellom beskrivende og tolkende deler. Analysetilnærmingen har en tradisjonell oppfatning av kunnskap, som menes at en forsøker å få frem det som allerede ligger i tekstene i form av kategorisering og fortetting av meninger. Transkripsjonen i studien betydde å abstrahere talespråket mellom to mennesker fra intervju-situasjonen til skriftspråk, og hensikten er å strukturere samtalene og det blir enklere at analysere (Kvale & Brinkmann, 2012).

Tilnærmingen innebærer å arbeide steg for steg med analyseprosessens begreper. En *analyse-enhet* kan være intervjuer eller observasjons-protokoll, og den bør være passe stor for å kunne tilsvare en helhet og samtidig være håndterbar innenfor studiens rammer (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). I aktuell studie utgjør analyseenheten datamaterialet til de seks intervjuene.

Begrepet *domene* forklarer videre de ulike områdene i den transkriberte teksten, ofte med liten grad av tolkning, og som gjerne følger de utvalgte temaene i intervju-guiden. I studien velges å bruke begrepet «dimensjon». Begrepet *meningsenhet* bærer preg av den menings-bærende delen i teksten, og kan bestå av ord og meninger eller avsnitt i teksten som naturlig henger sammen. Disse enhetene utgjør fundamentet for videre analyse og bør også være passe store (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). I analyseringen krevdes grundig bearbeiding av datamaterialet og refleksjon over hvilke meningsheter som ble valgt ut med hensyn til studieformålet og ut fra håndterbarheten.

Et neste steg i analyseprosessen er *kondensering* av meningsenhetene, som forklarer at tekstene kortes ned med målet om å beholde det vesentlige budskapet. Deretter kodes de nedkortete tekstene (beskrivende etiketter på meningsenhetene), og disse kodene med lignende innhold fører til ulike kategorier. Hovedregelen med kategoriseringen, i følge Krippendorff (2004), er at de skal være fullstendige, det vil si ingen data får gå tapt som svarer på studiens problemstillinger, og ingen data kan bli plassert i to eller flere kategorier. Parallelt med kondenseringen skal en prøve å løfte det manifeste innholdet til et høgre logisk nivå og dette kalles å «*abstrahere*» meningsenhetene. Abstraksjon henger sammen med dets gyldighet, og i følge Granskär & Höglund-Nielsen (2012), bør gyldigheten til abstraksjonene kontrolleres mot meningsenheter og kondensert tekst. Det ble en stadig påminnelse om hva som ble kondensert og kodet, for å holde fokus på hva en søker svar på. Arbeidsprosessen i analyseringen gikk frem og tilbake, på tvers av informanters fortellinger og på tvers av dimensjoner. Forsker ble satt på prøve å holde seg til avgrensningen i søken etter innovative elementer i folkehelsearbeidet, en krevende læringssetting.

Det siste leddet i analyseringen er opprettelse av *temaer*, som sammenbinder det underliggende budskapet i de ulike kategoriene. Et tema utgjør den «røde tråden» av mening og svarer på spørsmålet; Hva handler det her om? (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). For å få et overblikk på hvordan datamaterialet har blitt analysert i de første rundene, presenteres et utdrag hvordan en informant forstår innovasjonsbegrepet i tabell 2, og dette ble også gjort for alle de tre dimensjonene, se bilde 1 i vedlegg 5.

Meningsenhet	Kondensert tekst	Kode	Kategori	Tema
Nei, jeg tenker vel at det er vel litt sånn..som vi har snakket om som du sier at «det er jo noe nytt», men allikevel så er det ikke bare «keiserens nye klær» - det må liksom være noe mer ...æh kanskje en helt ny måte å tenk på eller at man gjør det på ett nytt sett .kanskje..	Det er noe nytt, men likevel er det ikke «keiserens nye klær». Det må være noe mer, kanskje en helt ny måte å tenke på eller gjøre det på.	Ny måte og tenke eller gjøre det på	Vag begrepsforståelse	INNOVASJONSFORSTÅELSE

Tabell 2. Utdrag fra kvalitativ innholdsanalyse

Etter flere runder med analysering, resulterte arbeidet i en oppsummering av kategorier for hver dimensjon og for hver deltaker, se utdrag for en informant på bilde 2 i vedlegg 5. De ulike fargene motsvarer et tema og viser hvordan forsker har prøvd å finne riktige kategorier for hvert funn gjennom omflytting. Oppsummeringene ble senere sammenstilt i et samlet oversiktskart for hver dimensjon for at lettere kunne sammenstille kategorier og abstrahere frem overordnede temaer, se bilde 3 i vedlegg 5. Ved å løfte det manifeste innholdet til et høyere logisk nivå og finne den «røde tråden» for hver dimensjon, var det også her behov for å trekke inn vitenskapelig teori om innovasjon i offentlig sektor. Analysearbeidet endte opp med fem undertemaer (kategorier) og tre abstraherte temaer, og vil bli presentert i resultatkapitlet.

4.6.2 Dokumentanalyse

Ved kvalitativ dokumentanalyse ble offentlige skrifter benyttet; Kommuneplan – Samfunnsdel 2014-2026 (K-S) og Kommunedelplan helse- og omsorg 2016-2026 (KHO). K-S skal ta stilling til utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet i et langsiktig perspektiv og avser både kommunesamfunnet og organisasjonen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008). KHO beskriver sentrale utviklingstrekk og utfordringer med størst vekt på den aldrende befolkningen, og hvordan morgendagens helse- og

omsorgstjenester vil ha en annen form enn den tradisjonelle ut fra situasjonen.

Dokumentene fungerer som forskningskilder i studien, men skiller seg fra data i feltarbeidet i den forstand at dokumentene er utspringet med et annet formål enn det forskeren skal bruke dem til (Thagaard, 2013). Silverman (2011:229-234) kaller denne type dokumenter for «naturlig forekommende» data, fordi de er etablert uten forskerens medvirkning. Ut fra denne beskrivelse ble hensikten å innhente kunnskap for å danne seg et helhetsbilde på hvordan det systematiske folkehelsearbeidet beskrives i kommunen med perspektivet på innovasjon. Dokumenttekstene fungerte også som et supplement til det som ble sagt i intervjuene i form av bekreftelse eller avkreftelse.

4.7 Metodediskusjon

Jeg som forsker står åpen for å komme med ideer til fremgangsmåter og fortolkning av materialet (Thagaard, 2013), og kan betraktes som en styrke i kvalitative metoder. Eksempel på frie beslutninger i gjeldende forskningsprosess, var utformingen av strategisk utvalg, valg av teoretisk ramme og tidspunktet for det, eller utvalget av ukondenserte tekster i den kvalitative innholdsanalyseringen. Videre ideen om å bruke «gate-keepers» (døråpnere) innen feltet folkehelse i Hedmark fylke, var et fortrinn i det å få tilgang til verdifull informasjon om kommunene. Denne type avveininger viser preg av fleksibilitet, hvilket betyr at den kan endres og tilpasses ut fra erfaringer under veis og utfordringer som kan oppstå (Grønmo, 2004). En annen styrke i studien gjelder kvalitativ intervju, hvor en går i dybden på et fenomen og kan ved behov stille utdypende spørsmål om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse på temaet (Thagaard, 2013), og som ble gjort gjennomgående blant deltakerne. Slike fleksible fremgangsmåter er med på å styrke påliteligheten (reliabilitet) til studien og har bidratt til hva som er best egnet i forhold til

studiens problemstilling. I motsetning til kvantitative metoder med lineær forskningsprosess, er kvalitative metoder dermed sykliske og overlappende prosesser (Thagaard, 2013).

Informantene som samtykket til å delta i studien, har ikke kjennskap til hvordan dataene ble analysert og tolket (Mason, 2002:81). Dette kan sees på som en svakhet i studien, men har sin naturlige forklaring i at en ikke vet på forhånd hvilke oppfatninger data vil gi og dermed ikke heller tolkningen av oppfatningene (Thagaard, 2013). Det siste henger sammen med min rolle som forsker og forforståelsen, og har tidligere blitt løftet fram i underkapitlet 4.3. I analyseringen kan det oppstå situasjoner i form av «ekspertgjøring» av meningene, det vil si at jeg som forsker setter inn meningene *i egne* kategorier (Kvale & Brinkmann, 2012). For å sikre at kategoriene fremstilles på en troverdig måte, har dataene i studien blitt analysert grundig med målet om at ingen data gikk tapt som berører studiens formål.

I følge Kvale & Brinkmann (2012) er produksjon av data avhengig av intervjuerens ferdigheter i forhold til temaet, og kan utgjøre en annen svak del i min forskning. Det ble gjennomført et grundig forarbeid av tidligere litteratur om innovasjons relatert til kommunalt folkehelsearbeid, og sammen med arbeids- og erfaringskompetanse, bidrog det til at jeg stilte mest mulig forberedt som «forskerinstrument». Det som også hører med ved produksjon av data, er utvalget av informanter for studien, se tabell 1. Utvalget er variert og tilfredsstillende, og dermed bidro det til relevant dataproduksjon i forhold til temaet.

Til slutt ønskes å si noe om studiens relevans, troverdighet og overførbarhet. Å stille spørsmål om kunnskapens *gyldighet* er å validere (Kvale & Brinkmann, 2012), og henger tett sammen med spørsmålet om relevans gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Grepene oven er eksempel på dette. Eksempel på *intern validering* fra undersøkelsen, som menes hva det er sant om (Malterud, 2013), var om min tolkning av materialet ikke overensstemmer

med deltakerens selvforståelse. Ved hjelp av «oppsummeringer» i intervju-situasjonene, har dette blitt vurdert som en teknikk for å unngå feiltolkninger, og øker dermed troverdigheten til datamaterialet. Et annet aspekt ved intern validering er mitt etiske ansvar å opplyse om alle funn, også de som kan ha en negativ konsekvens for resultatet (Creswell, 2014).

I forskningsprosessens avsluttende del, har det vært viktig å reflektere over hva resultatene gir gyldig kunnskap om, og om de kan ha en overføringsverdi i andre lignende kontekster, såkalt *ekstern validitet* (Malterud, 2013). Med det menes å vurdere tiltro til informasjonen som er innhentet, det vil si om dataene er pålitelige (Bryman, 2012), og dette blir lagt fram i konklusjonen.

4.8 Etikk

Det er kjent at etiske dilemmaer for kvalitative metoder har en anselig plass, og med bakgrunn i dette er det viktig å fremheve de etiske aspektene i de ulike fasene i forskningsprosessen (Thagaard, 2013). De etiske retningslinjene for gjeldende oppgave, baseres på innstillingen til NESH, og allerede i prosjektbeskrivelsen startet forberedende etisk og moralsk vurdering, og kjenne til at i forskning er deling av data ofte en forutsetning for å bygge opp kunnskap og for at kritisk kunne etterprøve og sammenligne andres forskningsresultater (NESH, 2009).

Et grunnleggende prinsipp for forskningsetikk er å unngå plagiering og vise til god henvisningspraksis (Thagaard, 2013). Et annet viktig prinsipp er respekten for individets rett å råde over eget liv, blant annet å hente inn fritt samtykke til å delta i studien (Kvale & Brinkman, 2012). I studien samtykket alle deltakerne, se vedlegg 2. Konfidensialitet innebærer at private data som viser hvem deltakerne er, ikke angis, så fremt ikke deltakerne erklærer seg villig til å offentliggjøre mulig gjenkjennende informasjon fra en undersøkelse

(Kvale & Brinkmann, 2012). Deltakerne i studien ble forespurt, både skriftlig og muntlig, om å dele den innsamlete dataen fra intervjuundersøkelsene ut fra sin stillingsbenevnelse. Alle samtykket til å stille med navnet på stillingen sin. Navnet på kommunen derimot oppgis ikke og likeså blir ikke dokumentene fra dokumentanalysen oppgitt i referanselista, nettopp for å øke sikkerheten om konfidensialiteten til deltakerne. Dokumentene blir kun delt med veileder og sensorer, med begrunnelsen at de har rett tett på innsyn i alt som berører masteroppgaven i forbindelse med veiledning og karaktersetting.

Den utvalgte case-kommunen ble oppfattet som transparent organisasjon i forhold til forskningssettingen, og deltakerne opplevdes å være villige til å fremstille seg selv og sin virksomhet overfor forsker. Selve temaet for studien ser ut til å være hovedforklaringen, da «folkehelse og nytenking» ikke er av sensitiv art og i sånn måte ikke belastende i form av personlig utlevering blant deltakerne. I forkant av undersøkelsen var det derfor ikke behov for å bygge opp et tillitsforhold eller et motivasjonsgrunnlag for å få deltakerne å dele sine fortellinger.

Både forskerne og forskningsinstitusjonene har et selvstendig ansvar for å sikre god og forsvarlig forskning (NESH, 2009), og i det ligger å forebygge uredelig forskning. Eksempel på forsvarlig forskning, er å oppgi at det ikke har forekommet noen form for økonomisk bidrag, hverken til meg som forsker eller deltakerne for å gjennomføre prosjektet. Forskningsinstituttet har på sin side vist redelighet i form av dokumentasjon (Dissertation Module Handbook), som blant annet inneholder retningslinjer for gjennomføring av masteravhandling for aktuelt studieprogram, forskningsetiske aspekter, reglement og ansvars-rollefordeling mellom student og veileder (Thurston, 2016).

Videre må forskningsprosjekt meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) for å få godkjenning og vurderes fra gjeldende forskningsetiske regler (Thagaard, 2013). Søknaden for aktuell studie ble godkjent hos NSD datert 2. november 2016, og en godkjent utsettelse av avhandlingen, se vedlegg 6.

5. RESULTATER

Funnen er delt inn etter de dimensjonene som intervju-guiden er bygget opp under, og stilt fram for å få frem best mulig nyanserte svar på studiens forskningsspørsmål; *Hva kjennetegner innovasjon og innovasjon-prosesser for ledelsen i utviklingen av kommunalt lovpålagt og systematisk folkehelsearbeid?* I tabell 3. redegjøres temaer og undertemaer fra kvalitativ innholdsanalyse til de tre underpunktene til forskningsspørsmålet.

Undertema (kategori)	Tema
<i>Hvordan opplever ledelsen den generelle kulturen for innovasjon i kommunen?</i> Robust organisering (5.2.1)	Innovasjonskultur (5.2)
<i>Hvordan opplever og forstår ledelsen innovasjonsbegrepet og lovpålagt folkehelsearbeid?</i> Vag begrepsforståelse (5.3.1) Kapasitetsfaktorer (5.3.2)	Innovasjonsforståelse (5.3)
<i>Hvordan opplever og forstår ledelsen innovasjonsprosesser og lovpålagt folkehelsearbeid?</i> Innovasjonsgrad (5.4.1) Innovasjonsaktivitet (5.4.2)	Innovasjonsprosesser (5.4)

Tabell 3. Sammenstilling av undertemaer og temaer fra kvalitativ innholdsanalyse. (Tall i parentes henviser til inndeling av kapittel)

Resultater fra kvalitativ intervjuundersøkelse utgjør hoveddelen, og resultater fra dokumentanalysen vil støtte eller svekke påstandene til informantenes utsagn. Sitater uttalt av informantene er delvis omgjort til bokmål.

5.1 Folkehelsearbeidets organisering

Ansvar for folkehelsearbeidet er forankret til planavdelingen. Folkehelseinnsatsen har ikke egen tiltaksplan, men plassert overordnet i satsingsområdene i kommuneplanen, med satsingsområdene for folkehelse som utgjør attraktive møteplasser, økt fysisk aktivitet,

nærhet til naturen, en helsefremmende oppvekst og tilgjengelighet for alle (K-S, 2). Kommunens overordnede mål er å utjevne sosiale forskjeller i helse og levekår. Lokale utfordringer blir drøftet i fagleder-diskusjoner og arbeidet frem i tid vil dreie mer om operasjonalisering av tiltak. Det interkommunale samarbeidet for folkehelse koordineres av Samfunnsmedisinsk enhet i tilhørende region. Grappa har ikke eget budsjett og utgifter er postert i ordinært ramme-tilskudd i de ulike virksomhetsområdene. Den generelle økonomien i organisasjonen omtales som stram og fra 2016 har den blitt forbedret. Gruppemandat er basert på paragrafene til folkehelseloven, se avsnitt 1.1, i tillegg til rådgiving og videreutvikling av kommunens styringssystem for å synliggjøre folkehelsearbeidet. Leder har i tillegg ansvaret for eksternt aktivitet og kommunikasjon.

5.2 Innovasjonskultur

Her vil funn for underpunktet til forskningsspørsmålet redegjøres; *Hvordan opplever og forstår ledelsen den generelle kulturen for innovasjon i kommunen?* I analyseringen ble det filtrert ned til å omhandle ett undertema; «Robust organisering» (5.2.1).

5.2.1 Robust organisering

Kommunalsjef for samfunnsutvikling har en klar formening om at ledelsen ønsker en levende og dynamisk organisasjon med stadige tilpasninger, og påpeker at det er høy grad av åpenhet og dialog på tvers. Organisatorisk er det flatt struktur og dermed høy aksept for å ta egne initiativer og samhandle for å sette i gang tiltak. I K-S (7.) fremkommer det at kommunen ønsker å få til innovasjon og utvikling gjennom en robust organisering, som

menes å være transparent, tilpasningsdyktig og ha evner til å møte utfordringer i samfunnet på nye måter.

Kommunen er god på det tverrfaglige, belyser faglig skolerådgiver, og mener at trolig skyldes dette hvordan kommunen er organisert og arbeidet på tvers i utarbeidelsen av kommuneplanen. I prosessen om eierskap til kommunalplanen, ser kommunalsjefen at den er økende, hvilket betyr at ansatte er i gang med strategier og målsetningene for folkehelse som er nedfelt i de ulike virksomhetene. I K-S (2) står det at folkehelseoven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner helseforskjeller. Kjernen i folkehelsearbeidet er å vurdere konsekvensene for «helse i alt som gjøres» og skal bli ivaretatt på tvers av sektorer. Skolerådgiver mener loven er med på å bli mer bevisst på å tenke folkehelse i nesten alt som gjøres i kommunen, og ved politiske saker har det blitt en praksis å vurdere ut fra folkehelsehensyn.

De fleste av informantene opplever åpenhet og handlingsrom for å tenke nytt i det daglige arbeidet. Avdelingsleder for fysioterapien har alltid opplevet en positiv holdning til å tenke nytt, og aldri blitt møtt med holdningen at det ikke går eller det har blitt prøvd før. Å ha en positiv grunnholdning når mennesker foreslår nye ting er viktig, men å få det ut i handling er ofte et hinder. Hun løfter også fram at det er kultur for å beholde det gamle i en nyere forpakning på en smartere måte. Hvis en skal tenke nytt er det på bekostning av noe annet, hvilket betyr at en kan ikke fortsette med alt det gamle i tillegg, og presiserer «*At gi slipp på det gamle er jo mye mer vanskeligere enn å tenne på det nye*». Avdelingsleder ønsker selv å være kreativ og tenke nytt, men vanskelig å si om arbeidet bærer preg av det. Ut fra ovenstående utsagn, tyder dette på et gap mellom hva deltakerne gir uttrykk for om innovasjonskulturen og hindringen om å få det ut i handling.

Skolerådgiver føler det er kort vei til å ta kontakt tverrfaglig med andre i kommunen, og kan kobles til vektleggingen av kommunens verdigrunnlag om åpenhet og hvor åpne prosesser, innsyn, drøftinger og dialog (K-S, 7). Skolerådgiver betoner på den andre siden at det ikke er like lett å være innovativ som nyansatt i kommunen, fordi det tar tid å bygge opp en tillit til overordnede når det gjelder å komme med nye ideer. Rådgiveren sier også «*Jeg tenker vi trenger «handlingskompetanse» for å være innovative. Vi er ikke så gode på det i det offentlige noen ganger*». I K-S (7) er et av delmålene for en robust organisering, at alle virksomheter og staber opparbeider seg kompetanse i utvikling av tjenestetilbud for en mer mangfoldig befolkning. Det skjer gjennom å rekruttere, utvikle og beholde kompetansen i kommunen. Dette ligger i retningen skolerådgiver belyser om at kommunalansatte trenger innføring hvordan iverksette ideer for å tilpasse ytelsene i tråd med mangesidige samfunnsutfordringer. Fritidsrådgiver i kulturavdelingen mener i motsetning til skolerådgiver opplever han at nye ledere har lettere å få gjennomslag for nye ideer. Rådgiveren merker også av forandringer i kommunen vedrørende overordnede satsingsområdene i kommuneplanen, at virksomheter skal prøve å se større, bredere og på tvers av sektorer mer enn tidligere. Rådgiveren poengterer at det finnes likevel et forbedringspotensial i det å tenke egen sektor og virksomhet uten å se helheten. Utsagnet får støtte i at hovedmålet i at kommunen, både som organisasjon og samfunn, drar i samme retning når det gjelder satsingsområdene; folkehelse, bolyst og attraktivitet, kultur for læring og infrastruktur (K-S, 1).

Samfunnsplanleggeren mener fokuset på innovasjon i kommunen ligger innenfor dagens økonomiske handlingsrom. Kommunen har som mål om å få til en innovativ og lærende organisasjon, hvor viktige forutsetninger er robuste og strukturelle organiseringer, og sier «*Kanskje er grepene i helse- og omsorg virkemidlene for å få til*

innovasjon i øvrige sektorer». I K-S (7) presiseres at for å få til en robust organisering må organisasjonen ha et økonomisk handlingsrom, som medfører å ha «noe å gå på» for å holde tritt med «morgendagens utfordringer». For helse- og omsorgssektoren betyr dette at utvikle nye måter å løse oppgavene på, blant annet bruk av ny velferdsteknologi. Samfunnsplanleggeren tilføyer at en arbeidsgruppe i helsesektoren er i gang med å utvikle den nasjonale strategien «Morgendagens omsorg» i stortingsmelding 29 (2012-2013), lokalt i kommunen. Det satses stort og en ønsker å få til noe unikt. Trykket fra politikere er høyt og gjennom dette frigjøres tid til å være innovativ. Samtidig gir planleggeren uttrykk for usikkerhet om tilretteleggelse av innovasjonsinnsatsen hos ledelsen i kommunen. Hovedgrepene i strategien med å løse nye oppgaver, begrunnet den demografiske utviklingen, er det behov for innsats fra alle aktører som berører temaet i lokalsamfunnet (KHO, 1).

I (KHO, 4.4) står det at kommunen satser på *endringskompetanse* blant ledere i helsesektoren, og dette beskriver det samfunnsplanleggeren mente i sitt utsagt om «grepene» i helse- og omsorg. Ved å bygge innovasjonskultur ønsker kommunen at ledere tar ansvar og bærer frem og utvikler nye ideer, og motiverer medarbeider til innovasjonstenkning. I KHO (4.3), beskrives rammeverket på syv dimensjoner, som er grunnlaget for endringskompetansen og er viktig for å skape en innovativ organisasjon. Det teoretiske rammeverket er utarbeidet av Maher et al. (2010) i Storbritannia. Kort fortalt bygger den første dimensjonen på å ta sjanser ved å prøve ut ideer, etterfulgt av utnyttelse av tilgjengelige ressurser (personer, økonomi og tid) og kunnskap som drivstoff for innovasjon. Målformulering står som fjerde punkt, belønning i form av indre motivasjon som femte, og metoder for å utvikle innovasjonsferdigheter som sjette. Relasjoner er den siste dimensjonen med tyngde på team-arbeid. Hensikten er å gi ledere i helse- og omsorg perspektiver på hvordan de kan tilrettelegge for å bygge opp en innovativ kultur. For å knytte dette til

påstanden til samfunnsplanleggeren, finnes det potensial for å bygge innovativ kultur, også utenfor helsesektoren.

Helt til slutt bemerker kommunalsjefen at kommunen driver «innovasjon» i alle saker på generelt grunnlag for å utvikle organisasjonen, og forteller at sektorsjefene har jevnlig utviklingsmøter og med på møtene er ulike rådgivere. Med dette understrekes ønsket om å få til kultur for innovasjonstenkning og sier «*Formålet med møtet er å ta opp alle nye ideer som kan være positivt for en god utvikling*». I diskusjonene er det viktig med å tenke laginnsats, være åpen og at det er rom for «uenighet». Etter at gruppen blir enig om prøve ut noen ideer, kombineres og benyttes kompetansen som finnes internt i kommunen.

I en oppsummering kjennetegnes den generelle kulturen i organisasjonen av at den er lærende, innovativ, dynamisk og åpen i en flat struktur, og en vil få til innovasjon og samfunnsutvikling gjennom *robust organisering* med størst vekt på helsesektoren. Eierskapet til kommuneplanens samfunnsdel viser at ansatte er i gang med satsingsområdene for folkehelse, og hvor kjernearbeidet består i å vurdere konsekvenser for folks helse i alt som gjøres. Informantene opplever kulturen for innovasjon av vilje til utvikling og tverrfaglige initiativer, åpenhet og økonomisk handlingsrom. Ansatte lærer opp for å kunne utvikle tjenestetilbudet til en mer mangfoldig befolkning, og i helsesektoren vil man skape en innovativ kultur via endringskompetanse. Nåværende kultur preges av avtrykk i å fornye gamle oppgaver på en smartere måte. utfordringer forbundet med innovativ organisasjon er:

- mangel på innovasjonsplaner utenfor helsesektoren
- mangel på handlingskompetanse utenfor helsesektoren
- endring av innovasjonstenkning fra egen virksomhet til organisasjonens helhet

5.3 Innovasjonsforståelse

Her vil resultater knyttet underpunktet til forskningsspørsmålet besvares; *Hvordan opplever og forstår ledelsen innovasjonsbegrepet og lovpålagt folkehelsearbeid?* Følgende undertemaer ble utarbeidet i analyseringen; «Vag begrepsforståelse» (5.3.1) og «Kapasitetsfaktorer» (5.3.2).

5.3.1 Vag begrepsforståelse

Innovasjonsbegrepet blir ikke særlig brukt blant de ansatte i det daglige kommunale arbeidet. Synonymer og andre lignende begreper for innovasjon, så som nytenking, ideutvikling, omstilling, fritenking, nullstilling, utvikling, løsning, mulighet, oppfinnelse, videreutvikling og evne til endring, oppleves som mer vanlige begreper. Informantene uttrykte også at de har lav teoretisk kjennskap til innovasjon, og fritidsrådgiver for kultur opplever at flere yngre nyansatte ledere er mer innovative i sitt lederskap, og tilføyer «*Jeg tror de lærer om innovasjon i sin lederutdannelse. De er bedre ledere g samarbeider tettere enn før*».

Videre oppgir halvparten av informantene at innovasjonsbegrepet oppleves som positivt ladet, og samfunnsmedisineren sier «*Innovasjon er et moteord i offentlig sektor mer enn før. Det er ikke veldig ofte vi snakker om innovasjon, men vi jobber med innovasjoner uten å bruke begrepet*».

Forståelsen av ordet innovasjon oppleves varierende blant deltakerne. Samfunnsplanleggeren betoner at innovasjon må være «noe mer» enn bare nytt og vektlegger betydningen av både å tenke og handle på nye måter. Denne trekker inn eksempelet om velferdsteknologien i helse og– omsorgssektoren som må tilpasses tjenesten i form av tjenesteinnovasjon. Skolefaglig rådgiver uttrykker noe av det samme, at teknologisk

innovasjon i oppvekst må tilpasses samfunnsendringer og bør baseres på forskning.

I KHO (4.3) blir innovasjon beskrevet som mer enn bare velferdsteknologi, hvor innovasjon blir omtalt som ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi, en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd. Avdelingsleder for fysioterapitjenesten omtaler innovasjon som inndelt i to områder: *«Det ene er å gjøre nye ting, se nye oppgaver som skal løses, oppgaver vi ikke så før, og det andre er å gjøre de oppgaver vi alltid har sett på nye måter, bedre måter. Att vi hele tiden må jobbe smartere».*

I denne forbindelse påpekes det at det til tider kan være provoserende «å lete» etter nye muligheter, ut fra innstillingen at en ikke alle ganger klarer å se det.

Videre prøvde informantene å beskrive hvordan innovasjon oppstår og når det kan ha blitt innovasjon.

1, Samfunnsplanleggeren opplever at innovasjon begynner med en abstrakt tanke, en ide som utgjør startfasen av en innovasjonsprosess, mens selve innovasjonen spirer først når det blir et produkt. Ideen må konkretiseres i flere ledd og noen ganger kan den reversere og ikke bli til noe. Planleggeren oppgir eksempelet fra et politisk ønske om et nærmiljøutvalg for å utvikle nærmiljøene sammen med innbyggere i kommunen, hvor ideene først blir testet før de kan settes ut i livet. En måte er spørreundersøkelse i lokalbefolkningen om interesse for et utvalg, eller undersøke hvordan andre kommuner (kommunekopiering) har gjort det. Om idetestingen viser til positive resultater blir oppdraget vedtatt på politisk nivå, før den operasjonaliseres.

2, Faglig skolerådgiver mener innovasjon er en planlagt utvikling. En kan ikke ha innovasjon uten ideer, og ved flere ideer må de prøves ut gjennom et systematisk vurderingsgrunnlag. Innovasjon spirer først når det praktiske arbeidet har ledet til en forbedring. En innovasjon

oppstår, i følge kommunalsjefen, når ideen er gjennomført, implementert og spredd i den grad den sprer seg og blitt til ny praksis. Avdelingsleder for fysioterapien opplever det samme og sier det ikke er innovasjon før den nye praksisen har blitt til en «selvfølgelig del».

3, Fritidsrådgiver for kultur løfter frem betydningen av kommunikasjon og samarbeid om ideer som kan lede til innovasjoner, og at ideer ikke har noen verdi hvis de ikke blir tatt fatt i. Ved fravær av kommunikasjon og samarbeid kan også gode ideer bli borte. Informanten nevner eksemplet om hvor en best skulle plassere ungdomskontakttjenesten. Et alternativ var barnevernet, men ved hjelp av prosessen ble tjenesten til slutt plassert på kultur. Dette var en ide som fikk gehør tverrsektorielt, og hvor innovasjon oppsto når ideen viste seg fungere. Når innovasjonen implementeres og blir forankret, mener samfunnsmedisiner at den medførte endringen må ha betydning for *flere*.

4, Kommunalsjefen er tydelig på at prosjekter *ikke* er innovasjoner, om disse innbefatter å løse et problem. Innovasjon må føre med seg noe nyskapende med en ide i bunn. Kommunalsjefen legger til at mange prosesser vil aldri sette seg og skal ikke gjøre det heller. Det blir oppgitt samarbeidet mellom kultur og næring for utvikling av kommunesenteret som eksempel på dette. De er i løpende dialog om utvikling av arrangementer, og sier «*Slik er det en evigvarende dynamikk. Jeg mener i hvert fall det er et utviklingsprosjekt*».

Ved å sammenfatte hvordan informantene forstår begrepet innovasjon kommer det fram at de fleste har lav kunnskap om innovasjon, og det kan være vanskelig å se nye muligheter. Begrepet innovasjon blir ikke noe særlig brukt, selv om kommunen praktiserer innovasjonsaktiviteter. Andre begreper som er mer vanlig er omstilling, løsning, mulighet og videreutvikling. Begrepet sees på som et positivt ladet moteord. Enten ses innovasjon som noe helt nytt eller løse eksisterende oppgaver på en ny måte. Innovasjon oppleves å oppstå

når det leder til en forbedring, et produkt eller en ny praksis, og det må til en planlagt utvikling i dialog og samhandling for at den skal få en verdi for flere. Det er ikke innovasjon om hensikten er å løse et problem, og en innovasjon kan også reverseres og ikke bli til noe.

5.3.2 Kapasitetsfaktorer

I innledningskapitlet ble begrepet innovasjonskapasitet beskrevet som balansen mellom hindringer og drivkrefter for nytenking, og som avgjør hvordan kommunen genererer og implementerer ideer for å møte samfunnets velferdsutfordringer (Bason, 2010). Resultatene blir presentert hvordan informantene opplever og forstår begrepet innovasjon ut fra dette aspektet, og undertemaet kapasitetsfaktorer er oppdelt i hindringer (A) og drivkrefter (B).

A, Hindringer for innovasjon

Ved alle slag innovasjoner er utfordringen å komme seg fra plan til handling, og skolerådgiver får belyst «*Ja, vi har planer, vi vedtar det politisk og de er «fine og flotte», men få det satt ut i livet - det er en nok alltid en utfordring*». Rådgiveren trekker inn eksemplet om optimaliseringen av det tverrfaglige arbeidet for folkehelse. Utfordringen er at den koordinerende folkehelsegruppa ikke har noen myndighet til å ta avgjørelser, og det er ikke nok med å ha de overordnede i ryggen. Avdelingsleder for fysioterapien er enig og legger til at beslutningsprosesser for befolkningsretta tiltak i folkehelsegruppa er komplekse, og misforholdet mellom tiltak og myndighet er et faktum. Det etterlyses en folkehelsekoordinator, som blir viktig i arbeidet med samhandling på tvers av sektorer. Begrunnelsen er at det blir for sårbart som gruppen er organisert i dag, der innsatsene er personavhengige og gjøres utover det ordinære arbeidet. Samfunnsmedisiner sier at hvis folkehelse og nytenking skal ha noe for seg, må folkehelse inn i budsjettarbeidet, som i dag er et hinder for

innovasjon. Den største utfordringen ellers i folkehelsegruppa er at alle sammen må heve seg litt opp og tenke på hva kommunen best er tjent med som helhet.

Kommunalsjefen løfter frem hindringen i forhold til organisasjonsgrenser og folkehelsearbeidet, og uthever tersklene mellom fag og språk. Helsesektoren ønsker å samarbeide mer med oppvekstsektoren, men utfordringen har vært å bli kjent med nye begreper for folkehelse, noe skole og oppvekst ikke er vant med. Det blir oppfattet å gjøre noe som heter noen annet, men er det samme som oppvekst allerede jobber med. Dette kan skape irritasjon blant ansatte og språk-barrierer, fremfor å fremme samarbeid. Folkehelsegruppa har derfor arbeidet med begrepsbruken gjennom å løfte folkehelsen som en paraply i kommuneplanen. Det blir understreket for denne type forankringsarbeid, at ledelsen bør være oppmerksom på disse barrierer over sektorgrensene.

Kommunalsjefen utdyper ovennevnte problematikk og trekker inn hvordan den statlige politikken oppleves som utfordrende i forhold til folkehelseloven. En ser en fare i at loven legger press på at utføre jobben og som kan resultere i at kommuner kun ser til at ha dokumentene i orden, og presset på at det skal utføres tiltak i tillegg til det som blir oppfattet som folkehelsearbeid fra før. Det siste skaper frustrasjoner, særlig i oppvekstsektoren, som føler at de statlige helsemyndighetene ikke forstår oppveksten sin innsats i folkehelsearbeidet og det kan fort oppstå en slags kompetanse-konflikt.

En annen viktig utfordring for folkehelsearbeid og nytenking, er det diffuse rapporteringsgrunnlaget for folkehelsearbeidet. Spørsmålet er hvordan en klarer å rapportere på noe bestemt som har ført til en «endring» i folkehelse. Dette blir i sin tur styrt av hva en velger å kalle det man skal rapportere på, og han belyser omfanget av problemstillingen «...()..hva er folkehelsearbeid i motsetning for resten?». Informanten utdyper temaet og sier

at folkehelse generelt oppleves som vanskelig og problematisk, fordi det oppfattes som «alt eller ingenting». Hofstad (2012), kaller dette for «wicked problems», *komplekse problemer* som norsk oversettelse, og problemene kjennetegnes ved at de er vanskelige å definere, lokalisere, implementere og er kontinuerlige. Summen av alle folkehelsegrepene velferdsstaten står for, er i forlengelsen det kommunen utfører av tjenesteytelser, avrunder informanten. I lys av dette kan alt som utføres av en kommuneorganisasjon betraktes som kommunens totale innsats i folkehelsearbeidet.

B, Drivkrefter for nytenking

Kraftkilder for innovasjon, forteller kommunalsjefen, kan spores i disse språkoversettelsene i kommuneplanen som positivt kan ha virket inn på samarbeidet mellom oppvekst og helse. Alle informantene er for øvrig enige om at folkehelseloven er med på å presse fram dokumentasjon på folkehelsearbeidet, bruken av folkehelsebegreper tverrsektorielt, og det å tenke nytt i tråd med samfunnsendringer. En informant opplever at loven kan bidra til folkehelseeffekter og nyansert bilde av folkehelse gjennom økt samhandling.

Avdelingsleder for fysioterapien nevner at kommuneøkonomi kan være en drivkraft for innovasjon og uttrykker seg «*Jeg vet jo at «trange tider» kan avføde veldig positive nyvinninger i arbeidsmåter*». Andre drivkrefter til innovasjoner er støtten fra ledelse og politikere, og fagmiljøer for å drøfte ideer i, sier samfunnsviteren. Videre sies at tidsfaktoren kan virke inn negativt på innovasjoner, men kan også virke inn som positiv igangsetter for nytenking. En grunnleggende drivkraft for innovasjon, avrunder samfunnsplanleggeren, er målet om å gjøre tjenestene til innbyggeren bedre og mer effektive, og som i sin tur frigjør tid til innovasjonsaktivitet.

For 10 år siden hadde ikke en samfunnsplanlegger vært leder for en kommunal folkehelsegruppe, som i dag er mer en selvfølge. Dette skyldes i stor grad sentrale statlige føringer og lover, i følge avdelingsleder for fysioterapitjenesten. Tidligere var også helsesektoren en hovedaktør for folkehelsearbeidet, mens nå må denne sektoren nesten begrunne sin plass i arbeidet med folks helse. Avdelingslederen er ikke sikker på om folkehelseloven «tvinger frem nytenking», men at den gir støtte til de som ønsker å tenke nytt. Informanten løfter også fram en annen driver for innovasjon «*Kommunen blir jo ikke satt i fengsel når den ikke følger loven. Hvor mye skal staten presse en kommune til å jobbe på en annen måte. Jeg tenker at lov er en ting, men «øremerket penger» du får for å gjøre det på en annen måte. Det er mye viktigere stimulering*».

Ved å sammenfatte hindringer for innovasjon og lovpålagt folkehelsearbeid, er det å sette planer ut i verk en tydelig utfordring. Til dette trenger folkehelsegruppa en samhandlende koordinatorstilling, overordnet budsjett og myndighet for komplekse beslutninger som berører hele organisasjonen. En annen utfordring er de fag- og språkbarrierer over sektorgrensene som omhandler folkehelse, og som kan bære preg av kompetansekonflikter. Folkehelseloven kan presse kommuner til å ha dokumentasjoner i orden, og mindre fokus på utvikling. Det ligger også utfordringer i forventninger til statlige føringer om det utydelige rapporteringsgrunnlaget for folkehelse (wicked problems), og det at loven kan oppfattes å presse fram oppgaver som ligger utenfor ordinært arbeid. Sammenstillingen av kapasitetsfaktorer som manøvrerer innovasjon fremover er blant annet folkehelseloven bidrar til begrepsbruk, økt tverrfaglig samarbeid og gir støtte til nytenking i tråd med samfunnsendringer. Andre kraftkilder for innovasjon er trang kommune-økonomi, øremerket midler, støtte fra ledelsen og politikere, tidsfrister, vilje til nytenking, fagmiljøer for å drøfte ideer og grunnholdningen i organisasjonen om å gjøre alle tjenestene bedre.

5.4 Innovasjonsprosesser

Her blir det siste underpunktet til forskningsspørsmålet besvart; *Hvordan opplever og forstår ledelsen innovasjonsprosesser og lovpålagt folkehelsearbeid?* Analysearbeidet endte med to undertemaer; «Innovasjonsgrad» (5.4.1) og «Innovasjonsaktivitet» (5.4.2).

5.4.1 Innovasjonsgrad

Samfunnsplanleggeren stiller spørsmålstegn ved om kommunen egentlig er en innovativ og lærende organisasjon. Hvis en ikke har klart å sette det i system, så kan det tyde på at kommunen mangler en innovasjonsplan og fremhever *«Sånn innovasjonsplan som vi sier vi kanskje skal få til innenfor helse og omsorg»*. Samfunnsplanlegger trekker frem en annen praksis innen nytenking som berører nedleggelse av en nærskole og skolestruktur. Det kan ha negative konsekvenser i forhold til at barn og unge ikke kan gå eller sykle til skolen, eller positive konsekvenser i at en større skole kan ha et bedre læringsmiljø. Her ble konsekvensutredning for ikke prissatte konsekvenser, som vanligvis brukes i planavdelingen, brukt for å vurdere skolestrukturen i oppvekstsektoren, og legger til *«Jeg tror det var en ny måte å tenke på innenfor oppvekst. Det kan være lurt å ta sånne ting fra planavdelingen»*.

Skolerådgiver forteller at i barnehage og skole har det blitt innført en arbeidsmodell for å jobbe analytisk på en pedagogisk måte, hvor ansatte prøver å se om det er noen utfordring, hvilke faktorer som opprettholder denne utfordringen, hva kan gjøres, hva kan en ikke gjøre noe med og hva sier forskningen. I dette, mener skolerådgiver, finnes det mulighet for å gjøre nye ting. Hvis en klarer å bruke slike pedagogisk analyseverktøy, kan det hjelpe og vise retning i forhold til politikere, ledere og andre ansatte.

Kommunalsjefen sier at det ikke finnes noe system for nytenking i ledergruppen, men de prøver å ha en «*team-tenkingsstruktur*» i ulike type saker. Denne forklarer at det er vanskelig i en kompleks organisasjon at putte inn alt i et og samme skjema for innovasjon. Det blir utbrodert at selv om det er innovasjon alle virksomheter driver på med, kan ikke innovasjonsbegrepet brukes for alle, men alle kan være mer bevisst språkbruken, og tilføyer at det er store forskjeller fra privat sektor.

På stabsmøter finnes en post på programmet som innebærer å ta *innovativt ansvar*, forteller samfunnsplanleggeren. Tanken er at en skal prøve å legge bort alle lover og regler sektorene ellers må forholde seg til, for å kunne tenke bredt, diskutere og prioritere hva som kan være aktuelt som berører innovasjon. Hvis plan- og bygningsloven trekkes inn, ser en på hvilke muligheter som er igjen av det som har kommet opp på bordet av ideer.

For noen år tilbake innførte kommunen en ny måte å tenke på i form av et *strategikart* i hver avdeling, forteller kommunesjefen. En gang i året skulle de ansatte sammen med ledere gå igjennom; hva er oppdraget vårt, hva er vi her for, hvilke suksessfaktorer finnes, hva kan forbedres og hva skal prioriteres.

Samfunnsmedisiner trekker frem om noe nytt, hun oppdaget i tilknytningen kommunens kvalitetssystem i helsesektoren. Det har blitt tilført et punkt som omhandler implementering av nye prosedyrer, for eksempel håndtering av medisiner i et sykehjem. Leder for en avdeling, som har satt seg godt inn i denne type prosedyre, er også ansvarlig for at det tas i bruk og må signere når prosedyren er implementert. Samfunnsmedisiner sier «*Dette er et system og det er jo innovasjon det og. Det blir jo nye måter å jobbe på og systemet har frigjort mye tid, og skapt et fantastisk samarbeid*». I følge KHO (punkt 5.2) er kvalitetssystemet et sentralt ledd i å ta i bruk ny forskning og bruke det aktivt for evaluering

i arbeidet av daglige rutiner og prosedyrer. Å arbeide kunnskapsbasert innebærer å gi innbyggerne opplevelse av trygghet og respekt i møte med tjenestene i helse- og omsorg.

Ved å oppsummere inndelingen om innovasjonsgrad, viser kommunen mangel på innovasjonsplaner for å systematisere innovasjonsaktiviteter for hele organisasjonen. Kun i helse og omsorgssektoren finnes et forskningsbasert teoretisk rammeverk som skal bidra til å bygge opp en innovasjonskultur i sektoren, og har tidligere blitt beskrevet. Det oppgis for øvrig forskjellige begreper blant informantene, som viser til ulik grad av innovasjon. I oppvekst ble *konsekvensutredning* brukt for å vurdere en skolenedleggelse, og det nye verktøyet ble kopiert fra planavdelingen. På ledernivå finnes et punkt som kalles *innovativt ansvar* eller *teamtenkningsstruktur*, og på avdelingsnivå jobbes det ut fra et *strategikart* som skal vise vei til forbedringer. I barnehage og skole brukes en *arbeidsmodell* som analyserer konsekvenser ved nye sett å arbeide på, og i helse og omsorg brukes et *kvalitetssystem*, og hvor forskning bidrar til utvikle nye prosedyrer som frigjør tid og genererer samhandling.

5.4.2 Innovasjonsaktivitet

Her presenteres resultater for praksis av nytenking og folkehelse i tre ulike tjenestevirksomheter (A-oppvekst-, B-kultur- og C-helsesektoren), som informantene opplever har noe nytt ved seg og elementer som virker inn på aktivitetene. Informantene fra samfunnsmedisinsk enhet og samfunnsutvikling viser til eksempler innenfor de tre ulike tjenestevirksomhetene.

A, Oppvekstsektoren

Enhetlig skole er et satsingsområde i kommunen, en slags innovasjonstenkning som betyr at planene må legges langsiktig i forhold til samfunnsendringer, forteller skolerådgiver.

Det vil derfor være behov for samarbeidsevne, kreativitet og kommunikasjonsferdigheter. Ved hjelp av forskningsprosjektet i Hedmark fylke; Kultur for læring, ser skolerådgiveren at prosjektet bidrar til fullføring av videregående opplæring, bedre resultater, og sikring av jobber i fremtiden. Det blir understreket *«Vi ser jo det som viktigste i folkehelsesatsingen, når man ser det fra oppvekst, skole og barnehage-perspektivet da...»*.

Kunnskap har i økende grad blitt en grunnmur for innovasjon og utvikling, står det i K-S (5.), og utdanning er en av forutsetningene for velferd og verdiskapning i fremtidens samfunn. Kommunen ønsker i lys av dette å skape et godt læringsmiljø, og dette fremmer helse, motivasjon, mestring, trivsel og en god sosial utvikling blant barn og unge. Målsettingen er at jobbe for en enhetlig skole, i sammenhengen for hele utdanningsløpet, for å sikre overgangen til videregående skole. Ut fra denne beskrivelse, berørte skolerådgiver kommunens overordnede mål om å skape en kultur for læring gjennom en enhetlig skole, og som utgjør plattformen for innovasjon og utvikling.

Samfunnsplanlegger viser også til oppvekst hvor informasjonsteknologi har blitt nedfelt i læreplanen som et ledd i at forebygge frafall i videregående skole og øke mestringsnivået. I K-S (5.) løftes målsettingen om å heve kunnskaps- og ferdighetsnivået blant elever og utjevne forskjellene av resultater. Dette avspeiler viktigheten av kvalitet i oppvekstsektoren for folkehelsen ved at en forbedrer det man allerede gjør på nye måter. Folkehelse i oppvekst har blitt definert som motivasjon, trivsel og mestring. Virksomheten har kommet til en forståelse, sier samfunnsplanlegger, at det handler ikke bare om å gjøre noe helt nytt i forhold til det lovpålagte folkehelsearbeidet, men at det man gjør, gjøre det bedre.

B. Kultursektoren

Det har vært arrangert musikkonsert med kjente artister. Det ligger en risiko i slike satsninger som innebærer forventninger på opplevelser, og betoner at trekke til seg nasjonale artister skaper «lokal oppmerksomhet». Arrangementet ble videreutviklet og kommunen ønsket seg internasjonale artister som skaper «regionalt interesse». Dette er i tråd med kommunen sin visjon «Sammen om vekst og utvikling», og denne type oppmerksomhet, såkalt «fyrtårn», skaper generell samfunnsutvikling, næringsutvikling, tilflytting, opplevelser og et godt renommé, utfyller kommunalsjefen. I K-S (punkt 2.) belyses at kommuneorganisasjonen har samlet sin utviklingsstrategi i en modell for å synliggjøre hvordan kommunens visjon «Sammen om vekst og utvikling» skal prøve å oppnå fram mot år 2026, se figur 3.



Figur 3. Modell for kommunens visjon; «Sammen om vekst og utvikling» (K-S, 2).

Satsingsområdene bør ses i sammenheng av hverandre i modellen. Som eksempel kan satsning på god folkehelse være en forutsetning for livskraftige lokalsamfunn, eller satsing på livskraftig lokalsamfunn må sees i sammenheng med gode oppvekstmiljøer for barn og unge. Det sentrale virkemidlet er at gjøre dette sammen med innbyggere, lag og foreninger og kultur og næringsliv for å skape en attraktiv kommune hvor folk ønsker å leve sine liv. Hva kommunalsjefen sa om nasjonale og internasjonale artister, samstemmer med kommunens utviklingsstrategi om å utvikle et livskraftig og inkluderende samfunn (K-S, 2).

Fritidsrådgiver omtaler et annet politisk vedtak, der kulturavdelingen årlig arrangerer en country musikkfestival. Det er et samarbeid med blant annet sentrumsforeninger, frivillige organisasjoner, plan- og teknisk avdeling. Samfunnsplanlegger er enig i at dette er innovasjon og satsingen handler om å bygge identitet omkring kreatur- og bondeliv. Dette bidrar til å kaste lys over hvor befolkningen kommer ifra og hvordan de ønsker å fremstå utad som, samt setter kommunen mer på kartet. Det er særlig folkehelse i denne type nytenking og tilføyer «*Festivaler er jo med på å bygge attraktive møteplasser og et livskraftig lokalsamfunn, og er aktiviteter for alle aldre*».

En annen oppfatning av innsatser på kulturavdelingen er at det er flere i dag som jobber med tilrettelegging for spesielle målgrupper i et folkehelseperspektiv, noe som avdelingen tidligere ikke har vært opptatt av. Fritidsrådgiver gir uttrykk for at kultur begynner å få en tydelig rolle i folkehelsearbeidet og sier «*Det har handlet om å legitimere at kultur har en betydning for folk, at det ikke bare er sånn «krydder eller melisdrypp på toppen», men at det er viktig for folks trivsel og velbehag*». Fritidsrådgiver vektlegger betydningen av kultur som gir helse for kulturen sin skyld, at den har en egenverdi. Det er ikke alltid slik at folkehelse alltid skal måles eller veies, da ikke alt er like synlig, sier han og betoner «*Kulturen skal få stå for seg sjøl som noe verdifullt, uten at den hele tiden skal ha helseperspektivet. Jeg tror på det gode øyeblikket, og det kan jo på en måte ikke forutsees at det kan bli slik*».

Kommunalsjefen forteller at kvalifiseringscenteret for flyktninger er en innovativ enhet i kommunen, og tjenesten er organisert i kulturavdelingen. Ideen er å koble flyktninger med jobb- og språktreningsplasser helt fra starten. Kommunen har for eksempel avtale med

ett møbelfirma og uttrykker «*Ja, dette er en del av den robuste organiseringen og så handler det om kvalitetssystemer som skal sikre kvaliteten av tjenesten*».

C. Helse- og omsorgsektoren

Ved en politisk bestilling, forteller kommunalsjefen, planlegges og gjennomføres et prosjekt for et nytt sykehjem i kommunen. Til dette må en tenke hva er fremtidens helse, pleie og omsorg, hva sier faget, hvilken retning ønsker man å ta, hva skal sykehjemmet fylles med og hvordan skal den drives 40 år frem i tid. Det går altså ut på å lage et kunnskapsgrunnlag og prosjektet utføres tverrsektorielt, utfyller kommunalsjefen. Det står i HKO (5.2) at prosjektet er et samarbeid med Høgskolen Innlandet, og dette gir kommunen unik mulighet å satse på forsknings- og utviklingsarbeid i samarbeid med ulike aktører og utdannings- og forskningsinstitusjoner. Kommunen ønsker at alle ansatte i helse- og omsorg skal jobbe *kunnskapsbasert*, som betyr å aktivt bruke litteratursøk knyttet til ny forskning og integrere den med erfarings- og brukerkunnskap. Skolerådgiver føler kommunen «seiler på en bølge» på at nye ting skal være forskningsbasert og vitenskapelig begrunnet, en tenkning som går igjen i sektorer, også utenfor oppvekstsektoren og utfyller «*Vi skal ikke bare gjøre det vi synes, men vi skal gjøre det vi vet virker...*».

Til slutt forteller samfunnsmedisiner at kommunen har en innovativ psykisk helsetjeneste, og hvor lederen i avdelingen er tydelig på nye måter å jobbe på. De har bygget et større «team» med flere psykologer og det jobbes systematisk med utviklingsmålinger av hver enkelt bruker. Til dette sier fritidsrådgiveren: «*Ballen spilles i langt større grad over til bruker, at det bruker seg selv som ansvarlig for sin helbred og utvikling*».

Virksomhetsarbeidet baseres på tidligere forskning, og det er lov å bryte ut og gå egne veier, ha sin egen tankegang, og ansatte brukes der hvor behovet melder seg. Det sistnevnte styrkes

i KHO (5.3), hvor det fremgår at kompetanse og ferdigheter blant ansatte på avdelingen er det som avgjør hvilke ansvarsområder og arbeidsoppgaver den enkelte får.

Samfunnsmedisiner tilføyer «*De jobber litt annerledes enn tradisjonelle måter og i kommunen oppleves tjenesten som en av våre mest innovative enheter*».

Underkapitlet om innovasjonspraksis, viser at det er bredde og nyanser i et folkehelseperspektiv. Flere innovative enheter har blitt løftet fram, blant annet psykisk helse-tjenesten hvor man tørr å tenke utenfor den tradisjonelle tenkningsrammen og flyktning-tjenesten, hvor begge virksomheter er basert på forskning. På kulturavdelingen arrangeres musikkonsserter- og festivaler i samarbeid med ulike aktører som bidrar til vekst og utvikling i lokalsamfunnet, og hvor attraktive møteplasser er viktige folkehelseiltak. Kultur i seg selv har en «egenverdi» for folks trivsel og helse og et nytt sett å tenke kultur på. I oppvekstsektoren satses det på enhetlig skole og utdanning med fullt utdanningsløp og til dette kreves nytenking, og evne til samarbeid og dialog. Til slutt vises nyanser i satsingen av nytt sykehjem der tjenestene skal manøvreres kunnskapsbasert, sammenvevet med erfarings- og brukerkunnskap.

6. DISKUSJON

Det som ligger til grunnlag i et drøftingsperspektiv er de funn som ansees har en verdi med utgangspunkt i forskningsspørsmålet: *Hva kjennetegner innovasjon og innovasjonsprosesser for ledelsen i utviklingen av lovpålagt og systematisk folkehelsearbeid?* For tolkning og diskusjon er tidligere forskning og teoretisk referanseramme lagt til grunn.

Kommunalsjefen for samfunnsutvikling sier at casekommunen har jobbet godt med utarbeidelsen av kommuneplanens samfunnsdel på tvers av sektorer, og ser på prosessen med eierskap knyttet til mål- og strategier for folkehelse som økende. Her viser casekommunen at de har klart å løfte folkehelsearbeidet bort fra helsesektoren og gjort arbeidet overordnet tverrfaglig og tverrsektorielt (Negaard, 2015). Fagerberg (2004) ser på dette som en form for radikal innovasjon i kommunal sektor som resultat av reformer. Og hvis en velger å se på samhandlingsreformen som del i dreiningen bort fra helse, står det radikale for den nye ansvarsfordelingen og nye arbeidsmåter for folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En videre refleksjon er frembruddet av folkehelseloven i 2011, som også kan sees på som en radikal innovasjon, i det at kommuner er formalisert til å arbeide med folkehelse over sektorgrensene og tverrfaglig. De ulike folkehelseiltakene til casekommunen kan refleksivt utgjøre flere inkrementelle innovasjoner (forbedring av eksisterende tjeneste/system/produkt), og som til sammen kan få den radikale innovasjonen (etterleve folkehelseloven) å bli lønnsom (Fagerberg, 2004).

Resultater fra undersøkelsen viser at kjernen i folkehelsearbeidet er å se på konsekvenser for «helse i alt som gjøres» og vil gjelde over sektorgrensene (K-S, 2), og som inkluderer å bedre trivselen, livskvaliteten, mestringsevnen og tryggheten til innbyggerne. Kjernearbeidet kan tolkes være en forutsetning for å få til det nasjonale overordnede

folkehelsemålet, som er angitt i § 1 i folkehelseloven, om å fremme befolkningens helse, trivsel, sosiale- og miljømessige og forebygge psykisk og somatisk uhelse (Riksrevisjonen, 2015). For å møte utfordringer i samfunnet på nye måter vil casekommunen få til innovasjon og samfunnsutvikling gjennom en *robust organisering* (K-S, 7), og til dette trengs tilrettelegging for åpenhet og økonomisk handlingsrom. Dette kan oppfattes som viktige bidrag for å bygge innovativ kultur i casekommunen. Funnen samsvarer med folkehelse-lovens intensjon om å bidra til samfunnsutvikling som forbedrer folkehelse, og benyttelsen av plan- og bygningsloven at fritt organisere samfunnsplanlegging og folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Casekommunen får i tillegg støtte fra statlig nivå hvor det pekes på i den første norske stortingsmelding fra 2008 om økt innovasjon i offentlig- og privat sektor for å berge velferden, og at økt verdiskapning skjer først og fremst når mennesker bruker ressursene på nye og smartere måter (Det kongelige nærings- og handelsdepartementet, 2008). Regjeringen har også utarbeidet en innovasjonsstrategi (Nye vegar til framtidens velferd) rettet mot kommuner, som skal bidra til å fremme en innovasjonskultur for å sikre gode tjenester til innbyggerne (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013). I kommuneplanens samfunnsdel (K-S) og delplanen for helse- og omsorg (KHO) blir det ikke referert til hverken innovasjonsmeldingen eller innovasjonsstrategien, selv om resultatet om robust organisering for utvikling og innovasjon overensstemmer med disse nasjonale føringene.

Informantene opplever den generelle kulturen for innovasjon i organisasjonen blant annet som vilje til utvikling, åpenhet for tverrfaglige initiativer samt at innovasjonspraksis har preg av å fornye gamle arbeids- og tankemåter (inkrementelle innovasjoner). De viktigste utfordringene er mangel på innovasjonsplaner og handlingskompetanse i organisasjonen som helhet. Funn viser at det kun finnes en innovasjonsplan for å bygge

innovasjonskultur blant ledere i helsesektoren (KHO, 4.4), og en umiddelbar refleksjonstanke er om det samme teoretiske rammeverket for endringskompetanse kan være et bidrag utenfor helsesektoren for å bedre det lovpålagte folkehelsearbeidet? Samfunnsplanleggeren spør om det samme, men betoner samtidig usikkerhetsmomentet om ledelsen får til å tilrettelegge noe slikt.

Før vi drøfter innovasjonsplanen, ønskes å diskutere mulige aspekter som kan forklare hvorfor casekommune ikke har kommet generelt lengre med utvikling av innovasjoner. I følge Miles (2005) er innovasjon innen tjenesteproduksjon i offentlig sektor ikke tilstrekkelig representert i innovasjonsteorier generelt, og hvor forklaringen ligger i kommuneorganisasjoners komplekse egenart. Eksempel på det er funnet om det diffuse rapporteringsgrunnlaget for systematisk folkehelsearbeid, og vil senere drøftes grundigere. Det er også ofte uklart hvor ansvaret for innovasjonsspørsmål er plassert i offentlig sektor, og kan fort bli at ingen tar ansvaret eller at byråkratiet med lover og regler kan utgjøre hinder for innovasjon (Mulgan, 2007). I studien kommer det ikke nok tydelig fram hvor ansvaret ligger i organisasjonen, men ut fra teksten i styringsdokumentene, er det rimelig å anta at ansvaret opprinnelig stammer fra stab- og politikernivå. Det bør her sies, at for å fremme kapasitet for nytenking og skape kultur, er det betinget at det blir forankret i politisk- og administrativ ledelse (Moore, 1995). Ved fravær av innovasjonsplaner kan en fort tro at utvikling av folkehelseinnsatsen blir vanskelig, og forskning viser nettopp at bruk av innovasjonssystem gjør det enklere å forstå hvordan innovasjon oppstår, og bidrar til å bygge opp innovasjonskapasitet (Vatne, 2012). Nedenfor vil innovasjonsplanen i helsesektoren ligge til grunn for kommende diskusjon.

I KHO (4.3) gjengis de syv byggesteinene for det teoretiske rammeverket. Den første berører handlingsrom og lederstøtte for å kunne prøve ut nye ideer for helsepersonell knyttet folkehelsefordringer. Informantene i studien gir uttrykk at de har handlingsrom, i tillegg til åpenhet og positiv holdning til nytenking. Likevel viser funn at det råder hinder for å komme fra ide til handling, for eksempel sier avdelingsleder for fysioterapien at det kan være provoserende å lete etter nye muligheter, fordi det kan være vanskelig å oppdage det nye. Dette antyder om lav innovasjonskunnskap.

Den andre dimensjonen skal tilrettelegge for personlige ressurser, og nødvendige økonomiske- og tidsressurser for å teste ideene ut i praksis. Avdelingsleder for fysioterapien mener kommuneøkonomi kan være en drivkraft for innovasjon og folkehelseinnsats, som betyr at i trange tider avfødes positive nyvinninger i form av arbeidsmåter. I tillegg oppgis støtte fra ledelse og politikere, tverrfaglige diskusjonsmiljøer og tidsfaktoren som kraftkilder for innovasjon. Folkehelseloven oppleves både å presse og gi støtte til nytenking. De viktigste kreftene for å drive innovasjon er budsjettforandringer, støttende lederskap og lovgivning (NORUT, 2010), og understøtter dermed disse funnen. Når det gjelder barrierer for å bygge innovasjonskapasitet, oppleves økonomi-ressursen som svak i den koordinerende folkehelsegruppa, hvilket betyr at folkehelseiltakene ikke er postert inn i kommunalt budsjett. Øremerkete midler i forbindelse med lovpålagt folkehelsearbeid er derimot viktigere stimulering for nytenking. Videre oppleves tidsressurser som knapp i det at arbeidsinnsatsen med folkehelse kolliderer gjerne med ordinært arbeid, og innsatsen blir ofte personavhengig. Hatling & Sollid (2016) får fram at tidsmangel, samhandlingspress og økonomisk press kan være både begrensende og drivende for innovasjonsinnsatsen, og stemmer dermed overens med ovennevnte funn.

Uten intern og ekstern kunnskap stopper innovasjonsarbeidet og utgjør den tredje dimensjonen. I K-S (7) betones arbeidsgiverpolitikken som en del av robust organisering, der alle virksomheter skal få økt kompetanse for utvikling av tjenester i møtet med mer mangfoldig befolkning. Dette og endringskompetanse-opplæringen for ledere i helsesektoren kan være eksempel på intern kunnskap, mens implementering av velferdsteknologi kan være eksempel på ekstern kunnskap (KHO, 5.3). Det satses blant ansatte i helse- og omsorg at jobbe kunnskapsbasert, som betyr aktiv bruk av litteratursøk knyttet til ny forskning og integrere den med erfarings- og brukerkunnskap (KHO, 5.2). Dette viser tegn på en parallell innhenting av intern- og ekstern kunnskap.

For å lykkes med innovasjoner utgjør den fjerde byggesteinen bestemte målsettinger i tråd med kommunens visjon om «Sammen om vekst og utvikling» (se figur 2), og dette styrkes av tidligere forskning om at innovasjon i offentlig forvaltning dreier seg om at velge ideer, iverksette ideer og sikre verdiskapning ut fra visjoner (Bason, 2010). Den femte byggesteinen er «belønning» nært opp mot den sjette dimensjonen som berører hvordan ledere kan utvikle innovasjonsferdigheter hos medarbeidere ved hjelp av styringsverktøy. Leders ansvar for å bygge innovativ kultur blant ansatte innen helseservice er avgjørende, og det skyldes at ledere for øvrig har stor innvirkning på organisasjons kulturer -og systemer (Maher, 2011). I samme studie påpektes at ledere «trodde» de støttet sine ansatte i arbeidet med innovasjon, og misforholdet mellom å tro og hva de ansatte faktisk opplever, ble trukket fram. Løsningen med innføring av innovasjonsplan for å skape innovativ kultur, gjorde bevisslig nytte blant ansatte (Maher, 2011). I aktuell studie kom det ikke fram om lignende misforhold, men det er rimelig å anta at dette kan utgjøre reelle arbeidssituasjoner, spesielt for ledere utenfor helsesektoren med begrunnelsen at de foreløpig mangler innføring på endringskompetanse.

For å implementere innovasjonsplaner for sektorer utenfor helse, viser tidligere forskning at ved å bygge opp innovasjonskapasitet er valg av ledelsesmodell også her utslagsgivende (Mølstad, 2015). I den nasjonale innovasjonsstrategien styrkes dette; at aktive ledere i kommunal sektor er «nøkkelen» til oppbygging av innovasjonskultur, og at prosesser med nytenking leder til tettere kontakt med innbyggere, dypere forståelse av lokale utfordringer og en mer aktiv politikerrolle (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013:26). Innovasjon som virkemiddel i lovpålagt folkehelsearbeid og som utføres av innovasjonskompetente leder, antas å være avgjørende i utviklingen av samfunnet som bedrer folks helse. I KHO (4.4) står det at leders tilrettelegging for systematisk innovasjonsarbeid innen helsesektoren, skal også fremme en innovasjonskultur blant alle ansatte i hele organisasjonen. Dette viser at casekommunen ser potensialet i at oppnå en felles plattform for å bygge opp innovasjonskapasitet for å løse mangfoldige samfunnsutfordringer.

Den siste byggestein er relasjoner, at alles bidrag til innovasjoner må verdsettes, og at mennesker med ulik bakgrunn og meninger danner et solid vekstgrunnlag for innovasjon. Dette samsvarer med hva Edquist (2005:182) fastslår om at innovasjon skjer i samhandling med andre aktører, og derfor er det vanlig å se på innovasjon som oppstår i et system i en kontekst av gjensidig avhengighet (Fagrberg, 2004). Dette ligger også i tråd med folkehelselovens tilrettelegging for samhandling mellom ulike nivåer og over sektorgrenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a) Ved hjelp av systemer på innovasjon, gjør man forenklinger på det som betraktes viktig i en gitt situasjon (Edquist, 2001). Det teoretiske rammeverket er en form for innovasjonssystem, og som kan under lette for å se helheten i innovasjonsprosesser (Banerjee et al., 2016). Ut fra ståstedet om betydningen for innovasjonssystemer, er det rimelig å anta at det kan hjelpe ved operasjonalisering av nye lovpålagte folkehelseiltak. For dertil kunne utvikle innovasjonskapasitet, må casekommunen

fokusere på tilrettelegging for systematisk innovasjonslæring ut fra sosiale og institusjonelle rammer (Bason, 2010; Vatne, 2012). Gjennomføring av endringskompetanse-opplæringen i helsesektoren, og med strategien om å bygge innovasjonskultur også utenfor helse, viser at casekommunen er på rett kjøll i forhold til ovennevnte tilrettelegging.

En annen refleksjon berører politisk ledelse og innovasjon. I KHO (4.4) markeres at for å lykkes med innovasjonsarbeidet forbundet med mangfoldige befolkningsutfordringer i casekommunen, er det sentralt at politisk og administrativ ledelse deltar. Kanskje er det likevel mangel på tilstrekkelige innovasjonsevner blant politikere i casekommunen, eller mangel på det organisatoriske aspektet som bidrar til at det er vanskelig å komme fra ord til handling. En tidligere studie viser at selv om politikere eller andre ønsker å påvirke innovasjonspraksis, så vil innovasjoner ikke sette seg om innovasjons-organiseringen er uforutsigbar (Reff & Johansen, 2012). Organisatorisk innovasjon er nemlig viktig for å få til gode tjenestetilbud (Mølstad, 2015), og vil dermed favne folkehelseinnsatsen. Det samme vil gjelde for forankringen folkehelsearbeid og toppledelse, det vil si at politisk deltakelse i form av nettverksarenaer, vil bidra til en tettere dialog mellom fagpersoner og politikere, og øker eierskapet til folkehelse blant politikere (Hofstad, 2014). Det siste i kombinasjon med engasjerte politikere og innovasjonsarbeid, vil trolig gi økt effektivitet på lovpålagt folkehelsearbeid i organisasjonen.

Resultatet for forståelsen av innovasjon i aktuell studie viser seg å være «vag», hvilket betyr at innovasjonsbegrepet sjelden brukes i det daglige, og mesteparten av informanter opplever å ha liten teoretisk kjennskap til innovasjon. Godø (2009) snakker om «oversettelse-utfordringen», som menes at begreper og modeller brukes i liten grad blant aktører i offentlig sektor når en arbeider med innovasjoner, og dette avspeiler også

utfordringsbildet til casekommunen. For å illustrere tydeligere hvordan casekommunen viser til vag forståelse av innovasjonsbegrepet og innovasjon, velges å trekke inn et par eksempler med utsagn av informantene som diskusjonsgrunnlag.

Fritidsrådgiver på kultur beskrev hvordan innovasjon oppstår i det en skulle velge enhet for ungdomskontaktstillingen i organisasjonen. Iden om at den skulle være best egnet på kultur, fikk gehør tverrsektorielt, og innovasjon oppsto når ideen viste seg å fungere. For at letter kunne studere innovasjoner, viser Sørensen & Torfing (2011) at ideer som bringes videre har innhold av fire faser i en innovasjonsprosess (ideutvikling, utvalg og testing av ideer, implementering og spredning). Ut fra beskrivelsen oven kan det tyde på en vag innovasjonsforståelse, fordi en kan tolke oppdraget var mer preget av å løse hvor stillingen skulle plasseres enn å innovere. Eksemplet antyder på den annen side at det er en innovasjon i at ungdomskontaktstillingen for første gang ble plassert på kulturavdelingen, og som førte til en forbedring. Mølstad (2015) støtter opp om dette i sin studie at innovasjon ble oppfattet som forbedring av eksisterende praksiser.

I det andre eksemplet løfter samfunnsmedisiner frem betydningen av kvalitets-systemet som brukes ved implementeringen av for eksempel ny prosedyre for håndtering av medisiner i helsesektoren og sier « *Dette er et system og det er jo innovasjon det og. Det blir nye måter å jobbe på og systemet har frigjort mye tid, og skapt et fantastisk samarbeid* ». Det er vanskelig å se at innføringen av en ny prosedyre for å sikre kvaliteten på tjenesten kan betraktes som en ide som leder til en innovasjon, ett sluttprodukt. Ikke heller uttesting, implementering og spredning av selve *prosedyren* kan oversettes direkte til innovasjonsfasene, da prosedyren ikke representerer ideen. Selve innføringen av kvalitetssystemet i casekommunen kan derimot en gang ha blitt sett på som en «inkrementell innovasjon», som

har ledd til sluttproduktet som ble beskrevet av samfunnsmedisiner som effektivisert arbeidsmåte, økt kvalitetssikring av tjenesten og bedret samhandling. Moore (1995) peker på at sluttprodukter i offentlig sektor er forsvarlig når en øker kvalitetsverdien på tjenesten, øker effektiviteten eller hvor godt en når målsettingen med tjenesteytelsen, og dermed understøttes utsagnet til samfunnsmedisineren.

I lys av informantenes fortellinger oven om innovasjonsgrad, kan det tyde på svak kunnskap om innovasjon. Det at fem av seks informanter uttrykket å ha lav teoretisk innovasjonskunnskap, slutter opp om at det råder snever kunnskap blant ansatte om innovasjon i offentlig sektor (Mulgan & Albury, 2003; Helsedirektoratet, 2012:36). På den annen side behøver det ikke å bety at casekommunen ikke arbeider med nytenking, og dette ble belyst i intervjuet med samfunnsmedisiner *«Innovasjon er et moteord i offentlig sektor mer enn før. Det er ikke veldig ofte vi snakker om innovasjon, men vi jobber med innovasjoner uten å bruke begrepet»*. Denne påstanden støttes opp av stortingsmeldingen 7 (2008-2009) om at begrepet har med tiden blitt moderne i offentlig sektor, og som også betyr mer fokus på innovasjon (Nærings- og fiskeridepartementet, 2009).

Nå har vi kommet til drøftingspunktet som berører det diffuse rapporteringsgrunnlaget for det lovpålagte folkehelsearbeidet, og som utgjør en hindring for innovative løsninger, i følge kommunalsjefen. Utfordringen ligger i hvordan en rapporterer på et tiltak innen folkehelse som fører til en endring, spesielt når folkehelse oppleves av kommunalsjefen, som «alt eller ingenting». Tidligere har «wicked problems» blitt nevnt, og som utgjør samfunnets «ville» problemer som ikke er enkle å identifisere eller håndtere (Rittel & Webber, 1973). Casekommunens hovedsatsingsområde frem til år 2026 er å utjevne sosiale forskjeller i helse og levekår, og kan representere ovennevnte «komplekse

problemer». For å kunne finne og velge riktige løsninger, må en først lokalisere hvor problemet har sitt opphav og etter det identifisere problemet (Rittel & Webber, 1973). Det som ytterligere gjør folkehelseutfordringen kompleks, belyser forfatterne, er at den er kontinuerlig, hvilket betyr at det finnes ikke et gitt punkt når utfordringen er løst for alltid. Med andre ord er det lite sannsynlig at kommuner generelt klarer å utjevne ulikheter i helse og ender opp som varige.

I K-S (punkt 3) beskrives strategien for å utjevne sosiale forskjeller om å satse på helsefremmende skoler og barnehager og utdanning. Delmålene består i en enhetlig skole og legge grunnlaget for økt fullføring av videregående skole. En oppfattelse er at en slik definering i kommuneplanen gjør arbeidet enklere for å kunne rapportere på denne type folkehelseiltak, spesielt med hensyn til at kommuneplanens samfunnsdel er kommunens langsiktige og viktigste styringsdokument. En kan også oppfatte at med denne type mål- og strategiform, følger med åpninger om innovative løsninger på de såkalt «ville samfunnsproblemer». Dette kan delvis begrunnes med det Hofstad (2014) peker på at lovpålagt folkehelsearbeid representerer en form for innovasjon i og med samhandling på tvers av samfunnsaktører står sentralt i loven. Hofstad uttrykker at målet er å danne innovativ aktivitet, innovative tjenester- og kooperasjonsformer for at bedre håndteringen av folkehelseutfordringer.

Kommunalsjefen tok opp at det *ikke* er innovasjon om det går ut på at løse et problem, så lenge det ikke fører med seg noe nytt. Om man på forhånd vet hva et prosjekt skal føre til, mener Digmann (2011) at det *ikke* er innovasjon, og styrker dermed kommunalsjefen sin påstand. For å drøfte dette videre, velges å trekke inn definisjonen på innovasjonsbegrepet som brukes i studien med hensyn til offentlig sektor.

Innovasjoner er nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjonsformer eller markedsføringsmodeller som tas i bruk for å oppnå verdiskapning og/eller samfunns-nytte (Norges forskningsråd, 2012:11). Tilpasning av informasjonsteknologi i oppvekstsektoren, kan eksemplifisere hva kommunalsjefen prøver å beskrive. Innføring av for eksempel Ipads i skoler, kan fremstilles som en demonstrasjon på at innovasjon ikke handler om å finne den beste praksisen, men hele tiden være på jakt etter hva som kan bli en bedre «neste praksis» (Helse- og omsorgs-departementet, 2011). I K-S (5.) står det at en av utfordringene i oppvekstsektoren er de store forskjellene på resultater mellom skolene. Dette er et problem som bør løses og sannsynlig ikke er en innovasjon. Det er derimot innovasjon når ideen om å innføre Ipads på skolene vurderes og plukkes ut som en ny vei for å løse utfordringen, får den satt ut i praksis (testes av elever på skolene) og får den diffundert (spres til alle skolene i kommunen) (Sørensen & Torfing, 2011). Diffusjonsfasen (spredningen) omhandler hvordan oppvekstsektoren, i dette tilfelle, nyttig-gjør verdiskapningen av innføring av informasjon-teknologien (Ipads) (Tidd & Bessant, 2013). Ved at det teknologiske hjelpemiddelet innføres i skolene, ligger det i kortene at få til en vellykket tjenesteinnovasjon (Helsedirektoratet, 2012), og som i forlengelsen tydeliggjør intervensjonen om å forebygge sosial ulikhet i helse.

Skolerådgiver løfter fram utfordringen med at innsatsene for folkehelse blir basert på enkeltpersoner og blir ofte utført utover ordinært arbeid, og derfor etterlyses en koordinatorstilling. Tidligere fikk kommuner støtte til opprettelse av koordineringsstillinger, men i forbindelse med folkehelseloven, mener noen fylkeskommuner at kommunene selve må sørge for å opprette disse stillingene (Hofstad, 2014). Dette medførte endring av støtte til kommunene, og mye av aktiviteter knyttet folkehelse er i dag prosjektfinansiert, og er et ledd nærmere kommunikasjon og legitimitet med politikere. Hofstad (2014:122) peker på verdien

med prosjektmidler i form av nytenking og eksperimentering, men ordningen har også utfordringer med lite forutsigbarhet for innsatsen, press på kontinuiteten og balansen mellom ordinært arbeid og prosjektarbeid. Fra et bredere perspektiv på økonomiske rammebetingelser for å løse samfunnsoppgaver, har det lenge i Norge vært gode forhold, men med svakere inntektsutvikling vil det kreve nye måter å ivareta velferdstjenestene på (Norges forskningsråd, 2017). Dette vil prege kommunesektoren i form av omstilling og endring og det må utvikles en innovasjonskultur, noe casekommunen allerede viser flere tegn til.

Et annet funn omhandler utfordringen om å få til det brede folkehelseperspektivet på tvers av sektorgrensene. Et funn handler om helsesektoren som prøver å samarbeide om folkehelse med oppvekstsektoren. Reaksjoner består i at oppvekstsektoren opplever å gjøre de samme oppgavene som tidligere, men som heter noe annet, og dermed kan lett misforståelser og frustrasjoner mellom fag og språk oppstå. I notatet av Hofstad (2014), består utfordringene i å få innpass på andre sektorer, ikke minst i skolesektoren, og ansatte opplever det som «mas» i jakten etter viktige virkemiddel som har betydning for folks helse (Hofstad, 2014). Skolesektoren opplever som «lukket», både på grunnskolen og videregående skole, men det råder en generell utfordring, som også gjelder andre sektorer, og det er «eierskapet til sin faglighet». Interaksjonen mellom sektorer og utviklingen av felles forståelse for språk og fag har likevel blitt bedre over tid i kjølvannet av folkehelselovens inntredelse i 2012 (Hofstad, 2014:116-117). Han retter søkelyset på at denne «oversettelsesutfordring» dreier seg om å gjøre folkehelsearbeidet håndterlig på nye måter for å forstå hvordan aktiviteter kan organiseres, det vil si at oversette ulike styringssignaler til en lokal virkelighet (Hofstad, 2014:225). Kommunalsjefen sier at for å unngå denne type oversettelsesutfordring bør en løfte folkehelsen som en «paraply» i kommuneplanens samfunnsdel, hvilket har blitt gjort og som slo positivt inn i samarbeidet mellom helse og

oppvekst. I følge Hofstad (2014), er *nøkkelen* for å oversette disse typer utfordringer nettopp å ha et overordnet samfunnsutviklingsperspektiv på folkehelse.

I forlengelsen av diskusjonspunktet oven, forteller kommunalsjefen om lignende hindring for nytenking som berører fag- og språkoversettelser mellom kommune og stat. Faren er at kommuner presses via folkehelseloven, det vil si at kun ha oversiktsdokumenter i orden og gjennomføre tiltak på det som allerede oppfattes som folkehelse fra før. Dette skaper frustrasjoner blant ansatte når de opplever statlig myndighet ikke forstår denne problemstillingen, og dreier seg om debatten om den brede folkehelsepolitikken i Norge. Når kommuner må «tenke helse i alt som gjøres», bør også staten gjøre det samme, og derfor ble bestemmelsen om dette innført i folkehelseloven (Hofstad, 2014). Inntrykket er at casekommunen har kommet lengre i denne type oversettelsesutfordring enn staten. Det er en grunn til å tro at dette har å gjøre med at folkehelselovens inntredelse i 2012, hvor forventningene til folkehelsearbeidet ble stadfestet til kommunene.

Videre vil innovasjonsprosesser drøftes og funnet til samfunnsplanleggeren om den politiske bestillingen for et nærmiljøutvalg vil brukes som eksempel. Ideen om utvalget starter med at den bør først prøves ut før den kan iverksettes. Denne delen er den første fasen i en prosess-innovasjon på fire faser, og blir beskrevet av Sørensen & Torfing (2011) som *identifisering av ideens utfordring*, det vil si fastsettelse av mål og vider-utvikling av ideen. Målet med nærmiljøutvalget er å gjøre nærmiljøer bedre sammen med de som bor der. Den andre fasen omhandler *utvalg av tester for ideen*, det vil si hvor og hvordan den blir testet, vurdert og plukket ut. En måte å teste ideen om nærmiljøutvalg på, er ved hjelp av en spørreundersøkelse i lokalbefolkningen, eller undersøke hvordan andre kommuner har utviklet en lignende ide (kommunekopiering). Om idetestingen er vellykket, blir bestillingen vedtatt på

politisk nivå før den iverksettes. Denne delen utgjør den tredje fasen som kalles *implementering*. Den siste fasen kalles *spredning* og i eksempelet kan det bety at når nærmiljøutvalget blir etablert, får den omtale i lokalsamfunnet av medlemmene i utvalget og andre samvirkende aktører som deltar i utviklingen av tiltaket (Sørensen & Torfing, 2011). I dokumentanalysen fremkommer det at casekommunen jobber strategisk for å utvikle samfunnet sammen med ulike aktører (innbyggere, frivillig sektor, kultur og næringsliv) og hvor folkehelse og innovasjon er viktige byggesteiner, se visjonsmodellen i figur 3 (K-S, 2). Funnet understøttes av tidligere forskning som sier at hovedoppgaven for politikere er å løfte visjoner, samarbeide med aktører for å bedre lokalsamfunnet og dertil gjøre om folkehelseutfordringer til innovasjoner (Sørensen & Torfing, 2011; Ringholm et al., 2011).

Implementering av velferdsteknologi må ses i sammenheng med tjenesteinnovasjon står det i KHO (punkt 4.3). Clark & Goodwin (2010) styrker denne påstanden, og sier at det største utbyttet ved anvendelse av velferdsteknologi formodes komme fra den sammenheng produktet brukes innenfor (f.eks. tjenestetilbudet), og ikke fra produktet i seg selv. Betydningen ligger med andre ord i større grad hvordan teknologien arbeides inn som verktøy i tjenestene og at organisasjonen bygges rundt dette verktøyet, og dette betinger vellykket tjenesteinnovasjon (Helsedirektoratet, 2012). I KHO (4.3) blir innovasjon beskrevet som mer enn bare velferdsteknologi, hvor innovasjon blir omtalt som ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi, en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd, og stemmer overens med hva Clark & Goodwin belyser.

Eksempel på implementering av velferdsteknologi er digitalisering av trygghetsalarmer, et lavterskeltilbud som muliggjør at innbyggere kan bo hjemme og mestre hverdagen lengre, et folkehelseiltak i forhold til den demografiske utviklingen. Målet er

kvalitative tjenester til innbyggerne, basert på robust organisering som kjennetegnes av fleksibilitet, faglighet og effektivitet (KHO, 5.4). I et forsøk å få fatt i innovasjoner av velferdsteknologien som beskrives, vil det teoretiske perspektivet på Triple helix bli benyttet. Kommuneorganisasjonen motsvarer myndighetsaktøren, næringslivet representerer aktøren som leverer trygghetsalarmer, og forskningen bak velferdsteknologien står for akademia. I KHO (5.4) fremgår det at kommunen ønsker å ansette personell med teknologisk kompetanse og utnytte intern kompetanse fra andre sektorer for å øke kompetanse om velferdsteknologi. Funnet oversatt i modellen kan betraktes som fordelaktig i samhandlingen mellom næringsliv og akademia i anskaffelsen av tilpasset teknologi, så en treffer mer sikkert ut fra behovsanskaffelse. I helsesektoren brukes også kunnskapsbasert praksis (KHO, 4.2), som kortfattet betyr at personell tar faglige avgjørelser basert på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap – og medvirkning. Denne praksisen kan bety at kommunen benytter seg av akademia i det daglige arbeidet for å sikre effektiviteten og kvaliteten på tjenestene.

For å konkret få fatt i det nye med digitaliserte trygghetsalarmer, må en finne rommet i spiralen til Triple helix-modellen, hvor samhandlingen mellom de tre aktørene foregår. Det er i denne sfæren innovasjon om tjenestetilbudet oppstår (Etzkowitz, 2008). Den nye kan utgjøre hvordan hverdagen for eldre blir livskvalitativt bedre, enklere, effektivere og trygger, og i følge Moore (1995) blir innovasjoner i offentlig sektor forsvarlige når de kan vise økt kvalitetsverdi og effektivitet av tjenestene. Akademia sin rolle i dette tilfellet, underbygger tidligere forskningslitteratur om at forskningens rolle for innovasjon i offentlig sektor er å medvirke til å bedre offentlige tjenester og organisering (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013). Forskning og innovasjon bør få en større

plass som virkemiddel, spesielt for helse- og omsorgstjenester (Norges Forskningsråd, 2012). Senere i diskusjonen vil et funn illustrere dette virkemidlet.

Ved å trekke inn teoriperspektivet på innovasjonssystem og folkehelsearbeid, vil samspillet mellom aktørene i Triple helix motsvare determinantene i et innovasjonssystem og utgjøre den organisatoriske forbindelsen som påvirker utviklingen, anvendelsen og spredningen for innovasjon (Fagerberg, 2004). Hovedelementene i systemet er organisasjoner (spillerne) og institusjoner (reglement så som normer, rutiner, regler og lover). I et forsøk å oversette dette til Triple Helix-modellen, vil det bety at institusjonen representerer helsemyndigheten med den nasjonale strategien *Morgendagens omsorg* (Det kongelige nærings- og handelsdepartementet, 2012), og hvor implementering av trygghetsalarmer er en del av strategien. Føringsene (reglement) i den statlige strategien viser vei for hvordan organisasjonen med spillere kan utføre arbeidet. Casekommunen i eksemplet vil betegnes som «den forlangte armen» til helsemyndighetene, og er den aktive spilleren (organisasjonen) i en interaktiv prosess med de to andre spillerne; næringsliv og academia. Dette spillet i et innovasjonssystem definerer Lundvall (2011), som relasjoner og interaksjoner mellom organisasjoner, og som preger hastigheten og retningen på innovasjonsprosessen. Med andre ord i arbeidet med folkehelse kan et innovasjonssystem hjelpe casekommunen å sortere hvilke aktører som påvirker hva, hvordan samarbeidet fungerer og muligheten for å følge opp bevegelsen og farten av nye tiltak.

Brukeren av digitalisert trygghetsalarm kan ses på som en fjerde aktør, men i Triple helix har ikke denne aktøren en naturlig plass. Carayannis et al. (2009) har derfor videreutviklet modellen for at inkludere det sivile samfunnet, i takt med at makten til enkeltmennesker øker. Modellen kalles Kvadrupel Helix og forbindes med produksjon av

kunnskap og kreative prosesser, og hvor levevaner og verdier veier tungt i en samfunns-kontekst. Ansatte samarbeider med brukerne i utarbeidelsen av digitale trygghets-alarmer i form av brukerkunnskap og brukermedvirkning, og denne interaksjonen er ikke synlig i modellen til Erzkowitz (2008). Tidligere forskning sier at det er lav kunnskap om å ivareta brukerens og pårørendes behov og hvordan kommuner løser dette (Helsedirektoratet, 2012), og dette kan kanskje delvis forklare hvorfor utviklingen av Triple helix om en fjerde aktør er lite utviklet. Ut fra gapet er det derfor et behov for å styrke kunnskapen gjennom metoder for systematisk kvalitetsforbedring, utvikling og innovasjon (Helsedirektoratet, 2012:36).

Forskning og innovasjon som virkemiddel, kan eksemplet om utarbeidelse av et nytt sykehjem (en politisk bestilling) illustreres. I KHO (2.3) belyses viktigheten av behovet for innovasjon i tiden som kommer, og i dette ligger at tenke nytt om hvordan sykehjem-tjenester skal organiseres, inneholde og ytes på. I prosjektet samarbeider kommunen med Høgskolen Innlandet. Eksemplet kan sammenlignes med det forrige når det gjelder hvordan innovasjon oppstår mellom tre aktører, men her blir linken mellom myndighet (kommunens politikere) og akademia (Høgskolen Innlandet) løftet fram. Det betyr ikke at myndighet og akademia har større betydning enn næringslivet, nettopp fordi *samhandling* er nøkkelordet for at læring og innovasjon skal oppstå (Etzkowitz, 2008). Den politiske bestillingen motsvarer en såkalt «top-down-strategi» (Etzkowitz, 2003:332). Akademia står for den viktigste kilden til ny kunnskap i utarbeidelsen av velferdsteknologi til sykehjemmet (Etzkowitz & Leydesdorff, 2000), og rollen til næringslivet er å gjøre den nye kunnskapen kommersiell (Etzkowitz, 2003:295). Skulle samarbeidet ikke fungere, kan det føre til dårlig organisering av sykehjemmet, og skyldes i hovedsak at aktørene ikke har klargjort sine roller og forventinger. Initiativtakeren i eksemplet er myndigheten, og er den som bør tilrettelegge for et velfungerende samarbeid helt fra starten, og fra illustrasjonen oven om

innovasjonssystemer, betyr det at myndigheten står for reglementet. Det som kommer fram i slike illustrasjoner ut fra et makroperspektiv, er at lokalt innovativt folkehelsearbeid ikke har ansvaret alene, men at hele samfunnet må bidra og hvor folkehelsearbeidet tydeligere har beveget seg ut i det «demokratiske rom» (Hofstad, 2014:19).

7. Konklusjon

Med bakgrunn i samfunnsutviklingen, som fremheves av at vi lever lengre og dør av sykdommer vi lever med, skal kommuner sette i stand nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det var også kjent på forhånd at kommuner har felles utfordringer vedrørende bristende forståelse av hva folkehelseansvaret innebærer, og kunnskap om folkehelseutfordringer over til handling i en kompleks organisasjon (Kommunetorget, 2015). I lys av dette var bakgrunnen for studien om folkehelseloven utfordrer kommuner til å bli mer innovative i henhold til samfunnsendringer.

Hovedfunn i studien viser at kommuneorganisasjonens generelle innovasjonskultur oppleves åpen og lærende og gjennom robust organisering vil innovasjon og samfunnsutvikling oppnås. Ansatte blir lært opp i utvikling av tjenestetilbud til en mangfoldig lokalbefolkning, og ledere i helsesektoren får økt endringskompetanse for å møte morgendagens demografiske samfunnsendringer. Kommunens hovedutfordring for å bygge helhetlig innovasjonskultur er mangel på innovasjonssystem. Videre er den teoretiske kunnskapen om innovasjon lav, og begreper brukes i liten grad selv om organisasjonen arbeider med nytenking. Innovasjon oppleves å oppstå når det leder til en forbedring, et sluttprodukt eller ny praksis som har nytte for flere, og det mest vanlige er inkrementelt innovasjonsarbeid. De viktigste hindrene for innovativt folkehelsearbeid er mangel på folkehelsekoordinator, mandat for komplekse beslutninger og overordnet budsjett i folkehelsegruppa, samt språk- og fagoversettelser over sektorgrensene. Folkehelseloven kan begrense utviklingsarbeidet grunnet lovkravet på oversiktsdokumentasjon og det at rapporteringsgrunnlaget er diffust. Drivkrefter for innovasjon kjennetegnes av trang

kommuneøkonomi, politisk- og administrativ lederstøtte og tid. I tillegg virker folkehelseloven som «motor» for å øke tverrfaglig samarbeid, gir støtte til både nytenking og språk- og fagoversettelser over sektorgrensene. Innovasjonspraksis og folkehelse varierer i de ulike sektorene, for eksempel oppleves psykisk helsetjeneste som den mest innovative enheten, hvor man tørr å tenke og handle utenfor tradisjonelle tankemønstre, og generelt i kultur-, oppvekst-, og helsesektoren brukes forskning mer som virkemiddel for å effektivisere og kvalitetssikre tjenestetilbudene innen folkehelse.

Det var antatt på forhånd at de ansatte har en lav teoretisk kunnskap om innovasjon, og forklarer valget bak hvorfor deltakerne mottok et innovasjonsskriv i forkant av undersøkelsen. Implikasjonen av denne studien er derfor å tilrettelegge for et teoretisk rammeverk for hele organisasjonen og ta utgangspunkt i endringskompetanseopplæringen i helsesektoren. En annen anbefaling er å øke eierskapet enda mer blant ansatte til kommunens viktigste styringsdokumenter, hvor folkehelse er plassert overordnet i satsingsområdene, og til visjonen: «Sammen om vekst og utvikling», som utgjør grunnmuren. Anbefalingen kan bidra til funnet om at ansatte bør tenke mer helhetlig og dertil øke innsatsen for innovativ folkehelse med drivkraften i bunn om å gjøre det beste for innbyggerne.

En teoretisk implikasjon består i at implementere modellene for både triple- og kvadrupel helix (samhandling mellom stat, academia, næringsliv og innbyggere) inn i anbefalte innovasjonsplaner- og systemer, for å få et makroperspektiv på aktørene i samfunnet som deltar i utvikling av innovasjonsarbeid og folkehelse. Dette kan forenkle for ansatte hvordan utviklingen i offentlig sektor har styrt innovasjoner, fra kontrollerende myndighet til samhandlende part, og få fram betydningen at uten disse samfunnsaktørene vil utviklingen av folkehelsepraksis trolig stagneres.

Implikasjonene leder fram til forslag på fremtidig forskning. Studien har ikke inkludert hverken politisk ledelse eller rådmann, og kan derfor være en inngangsport for videre forskning på det samme temaet. En annen innfallsvinkel er å se på hva det teoretiske rammeverket i helsesektoren har for effekter blant lederne i et folkehelseperspektiv, og i denne anledningen kan *evalueringen* av folkehelsearbeid bli lagt mer vekt på. Det kan også være interessant å undersøke hvordan aktørene akademia, næringsliv og innbyggere kan virke inn innovativt på lovpålagt folkehelsearbeid. Eksempel på en slik innfallsvinkel kan være innføringen av digitaliserte trygghetsalarmer og hva det kan bety for brukeren, leverandøren av teknologien og samarbeidet med forskningsinstituttet. Ved hjelp av kvantitative metoder kan en således studer grad av teoretisk innovasjonskunnskap blant ansatte i flere kommuner. Generelt er behovet stort for videre forskning både på kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid og innovasjon, da tidligere studier ikke har fått belyst dette i noen spesiell grad.

Studiens funn har en overføringsverdi som kan komme til nytte i lignende kontekst. Det kan utgjøre andre middelstore kommuner, bydelskommuner, mindre kommunesamfunn eller på fylkesnivå. I den sammenhengen kan resultatene ha en verdi for de som direkte koordinerer og utvikler folkehelsearbeidet, men også politikere og andre ansatte som er i møte med folkehelseutfordringer i det daglige. Når det gjelder mindre kommunesamfunn, kan overførbarheten ha en interesse i oppbyggingen av systematisering av lovpålagt folkehelsearbeid, da tidligere studier visere at mindre kommuner ofte har kommet til kort med folkehelsearbeidet (Riksrevisjonen, 2015). Helt til slutt påpekes at overførbarheten kan ha en verdi for stat, akademia, næringsliv og innbyggere (frivillig sektor) med hensyn til samhandlingsaspektet med målet om å øke folkehelsens nytteverdi for alle aktører i samfunnet.

Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2013). *Case- studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Albury, D. (2005). Fostering Innovations in Public Services, *Public Money and Management*, 25 (1): 51-56.
- Banerjee, B. & Ceri, S. (2016). *Creating Innovation Leaders- A Global Perspective* (pp. 53-80). Springer International Publishing Switzerland. ISBN 978-3-319-20520-5.
- Barry, J., Berg, E. & Chandler, J. (2006). Movement and Change in the Public Sector. *Public Management Review*, 8(3), 433-448.
- Bason, C. (2010). *Leading public sector innovation: co-creating for a better society*. Bristol: Policy Press.
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Boyle, D. & Harris, M. (2009). *The Challenges of Co-production: How Equal Partnerships Between Professionals and the Public are Crucial to Improving Public Services*. London: Nesta.
- Brennløkken, T. (2015). *Innovasjon i mellomrommet* (Masteroppgave). København: Handelshøjskolen i København.
- Bryman, A. (2012). *Social research method*. (4. Edt). New York: Oxford university press.
- Carayannis, E.G. & Campbell, D.F.J. (2009). Mode 3 and Quadruple Helix toward a 21st century fractal innovation ecosystem. *International Journal of Technology Management*, Vol. 46, 201-234.

- Carlsson, B. & Stankiewicz, R.C. (1991). On the nature, function and composition of technological systems. *Journal of Evolutionary Economics*, Vol. 1, 93-118.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & Røvik, K.A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clark, M. & Goodwin, N. (2010). *Sustaining innovation in telehealth and telecare*. Lokalisert på <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Sustaining-innovation-telehealth-telecare-wsdan-mike-clark-nick-goodwin-october-2010.pdf>
- Creswell, J.W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, & mixed methods approaches* (4th ed.). London: Sage Publications, Inc.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene, (NESH). (2009). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Lokalisert på <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Nasjonal-forskningsetisk-komite-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Det kongelige nærings- og handelsdepartement (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. (Meld. St. 7, 2008–2009). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/f690da32d4da4a0782c49b16e12e0552/no/pdfs/stm200820090007000dddpdfs.pdf>
- Det kongelige nærings- og handelsdepartement (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29, 2012-2013). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Digmann, A. (2011). Innovation i offentlig virksomheder. I Kristensen, C.J. & Vøxted, S

(red). *Innovation og entreprenørskab*. København: Hans Reitzels Forlag

Edquist, C. (2001). *The Systems of Innovation Approach and Innovation Policy: An account of the state of the art*. Aalborg: DRUID Conference.

Edquist, C. (2005). Systems of innovation. I Fagerberg, J., Mowery, D.C., Nelson, R.R. (red.). *The Oxford Handbook of Innovation*. (s.181-208). Oxford: Oxford University Press

Edquist, C. (2010). Systems of innovation. Perspectives and challenges. *African Journal of Science, Technology, Innovation and Development*, Vol. 2(3), 14-45.

Eggers, W. D. & Singh, S. K. (2009). *The Public Innovator's Playbook*. Washington D.C: Harvard Kennedy School of Government.

Etzkowitz, H. (2003). Innovation in Innovation: The Triple Helix of University-Industry-Government Relations. *Social Science Information* Vol. 42(3), 293.

Etzkowitz, H. (2008). *The triple helix, University-Industry-Government, Innovation in action*. New York and London: Taylor & Francis group

Etzkowitz, H. & Leydesdorff, L. (1997). *Universities and the global knowledge economy: a triple helix of university-industry-government relations*, London: Pinter.

Etzkowitz, H. & Leydesdorff, L. (2000). The dynamics of innovation: from National Systems and “Mode 2” to a Triple Helix of university–industry–government relations. *Research Policy*, Vol. 29 (2), 109–123.

European commission.(2002). *Innovation tomorrow*. Luxemburg: European Commission.

- Fagerberg, J. (2004). Innovation: A guide to the literature . In Fagerberg, J., Mowery, D.C, & Nelson, R. (red). *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford (s.1-27): Oxford University Press.
- Foyn, F. (2011). *Innovasjon i offentlig sektor*. Oslo: Statistisk sentralbyrå (SSB).
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and invisible innovation in public service innovation. *Journal of Innovation Economics*, 5(1), 67-87.
- Gallouj, F. & Djellal, F. (2010). *The Handbook of innovation and services: a multi-disciplinary perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Godø, H. (2009). *Innovasjon i offentlig sektor- Utfordringer og muligheter* (Problemnotat). Oslo: NIFU STEP.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hatling, L. & Sollid, T. (2016). *Ledelse i spagaten? Ledelse, kultur og krysspress i kommunalt innovasjonsarbeid* (Masteroppgave). København: Handelshøyskolen i København.
- Hartley, J. (2005). Innovation in governance and public services: Past and present. *Public money and management* 25(1), 27-34.
- Hartley, J.(2008). The innovation landscape for public service organizations. In Hartley, J., Donaldson, C., Skelcher, C. & Wallace, M. *Managing to improve public services*, (pp 197-216). New York: Cambrigde University Press.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Motiverende intervju*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*.

Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Folkehelseloven*. Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>

Helse og omsorgsdepartementet. (2013b). *Folkehelsemeldingen-God helse- felles ansvar*.

Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/sec1>

Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Norges offentlige utredninger NOU 2011:11. Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (Meld. St.47, 2008-2009). Lokalisert på

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match_0

Hofstad, H. (2012). *Håndtering av "Wicked Problems" i kommunal planlegging – Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*: Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid - status, utfordringer og anbefalinger (notat). I Helsedirektoratet (red.). *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/311/Samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-IS-2203.pdf>

Hollis, M. (1994). *The philosophy of social science An introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Holm Ivarsson, B. (2011). *MI motiverende samtal, Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Förlag.

Høgskolen Innlandet (2017). *Nasjonal innovasjonsskole for kommunesektoren*. Lokalisert på http://hil.no/om_hoegskolen/organisasjon/fellesadministrasjonen/senter_for_livslang_laering/innovasjonsskolen

Isaksen, A. & Asheim, B. (2008). Den regionale dimensjonen ved innovasjoner. I Isaksen, A., Karlsen, A, & Sæther, B (red.). *Innovasjoner i norske næringer – et geografisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Idsø, J. (2016). Offentlig Sektor, *Store norske leksikon*. Lokalisert 4.april 2017 på https://snl.no/offentlig_sektor

- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlag.
- Johannesen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: abstrakt forlag.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (1993). *Kommuneloven*. (LOV-1992-09-25-107). Lokalisert på https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (Plan- og bygningsloven, PBL). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2013). *Nye vegar til framtidens velferd*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/7eaaf053ab134f75afee194c584acaa2/velferdll.pdf>
- Kommunetorget. (2015). *Kommunale erfaringer med folkehelsearbeidet*. Lokalisert på <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Systematisert-folkehelsearbeid-og-internkontrollprinsippet-som-verktoy/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis- an introduction to its methodology* (2 Etd). California: Sage Publications Inc, Thousand Oaks
- Lundvall, B.-Å. (1992). *National systems of innovation*. London: Pinter.

- Lundvall, B.-Å. (2011). Økonomisk innovationsteori: Fra iværksættere til innovationssystemer. I Sørensen, E. og Torfing, J. (red.). *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundet.
- Maher, L. (2011). Innovation, Efficiency and Productivity in Health Service. *World Medical Journal, Vol.(57)*, 116-119.
- Maher, L., Plsek, P., Price, J. & Mugglestone, M. (2010). *Creating the culture for innovation: a practical guide for leaders*. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (3. utg)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching. (2. utg.)*. London: Sage
- Miles, I. (2005). Innovation in services. In Fagerberg, J., Mowery, D.C., Nelson, R.R. (red.). *The Oxford Handbook of Innovation*. (s.433-458). Oxford: Oxford university Press
- Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Cambridge: Harvard University Press
- Mulgan, G. (2007). *Ready or not? Taking innovation in the public sector seriously*. London: NESTA.
- Mulgan, G. & Albury, D. (2003). *Innovation in the public sector*. Lokalisert på http://www.sba.oakland.edu/faculty/mathieson/mis524/resources/readings/innovation/innovation_in_the_public_sector.pdf

- Mølstad, H.I. (2015). *En studie om hvordan det arbeides med innovasjoner i kommunesektoren* (Masteroppgave). Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Negaard, A. (2015). Overordnet kommunal planlegging i et folkehelseperspektiv. *Fagbladet samfunn og økonomi*, 2-2015, 69-80.
- Nelson, R.R. (1993). *National Innovation Systems: A Comparative Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. & Swan, J. (2009). *Managing Knowledge Work and Innovation* (2. Edt). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Newman, J., Raine, J. & Skelcher, C. (2001). Transforming Local Government: Innovation and Modernization, *Public Money and Management*, 21(2), 61-68.
- Nilsson, J-E. & Uhlin, Å. (2002). *Regionala Innovationssystem- en fördjupad kunskapsöversikt*. VINNOVA Rapport.
- Norges forskningsråd (2012). *Innovasjon i offentlig sektor. Kunnskapsoversikt og muligheter*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norges forskningsråd (2017). *Forskning og innovasjon i kommunesektoren- FORKOMMUNE*. Lokalisert på https://www.forskningsradet.no/prognett-forkommune/Sentrale_dokumenter/1254022722263
- Northern Research Institute (NORUT). (2010-2011). Suksessfaktorer og barrierer i kommunesektorens innovasjonsarbeid. I Norges forskningsråd (2012): *Innovasjon i offentlig sektor*. Lokalisert på https://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Rapport_om_innovasjonspotensialet/1253981905105
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for Økonomer*. Oslo: Abstrakt Forlag.

- Nærings- og fiskeridepartementet. (2009). *St.mld nr.7 (2008-2009). En nyskapende og bærekraftig Norge*. Lokalisert på [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/?ch=1&q=regjeringen 2016?](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/?ch=1&q=regjeringen+2016?)
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasesstudier*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Reff, A. & Johansen, M.B. (2012). En organisasjonsteoretisk reise gjennom innovasjonslandskapet i sektor. I Sørensen, E. og J. Torfing (red.). *Samarbejdsdrevet innovation – i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. (Dokument 3:11: 2014–2015). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ringholm, T., Aarsæther, N., Nygaard, V. & Selle, P. (2009). *Kommunen som samfunnsutvikler. En undersøkelse av norske kommuners arbeid med lokal samfunnsutvikling*. (Rapport nr 8/2009). Tromsø: Norut Tromsø.
- Ringholm, T., Aarsæther, N., Bogason, P. & Ellingsen, M. (2011). *Innovasjonsprosesser i norske kommuner. Åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse*. (Norut-rapport 2009:8). Tromsø: Norut Tromsø
- Rittel, H. W. J. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* (4), 155-169.
- Skulberg, K. & Vedøy Barth, I. (2015) Folkehelse – utvikling, påvirkningsfaktorer og folkehelsearbeid. I Skille, Å. E., Vedøy Barthe, I. & Skulberg, K. R. (red) *Folkehelse- en tverrfaglig grunnbok*. Vallset; Opplandske Bokforlag AS.

- Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data. A Guide to the Principles of Qualitative Research*, (4. Edt). Sage: London.
- Sørensen, E. & J. Torfing. (2011). Enhancing Collaborative Innovation in the Public sector. *Administration and Society*, vol. 43, 842-868.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*, (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thurston, M. (2016). *Dissertation Module Handbook*. Elverum: Høgskolen Innlandet.
- Tidd, J. & Bessant, J. (2013). *Managing Innovation: Integrating Technological, Market and Organizational Change* (5th Edt). Chichester: John Wiley & Sons.
- Torfing, J. (2011). *Vælg den rigtige hat. Væksthus for ledelse*. Lokalisert på <http://www.lederweb.dk/strategi/innovation/artikel/93117/offentlig-ledelse-af-samarbejdsdrevet-innovation>
- Utterback, J. (1994). *Mastering the dynamics of innovation*. Boston: Harvard Business school press.
- Vatne, E. (2012). *Innovasjonssystemer i servicenæringer: hva vet vi om disse?* (Samfunns- og næringslivsforskningsrapport nr. 12/12). ISBN 978-82-491-0809-1.
- Vinnova. (2012). *Framtidens Personresor- slutrapport* (Vinnova Rapport VR 2012:11). Lokalisert på <http://docplayer.se/4930075-Vinnova-rapport-vr-2012-11-framtidens-personresor.html>
- Aasen, T. M. & Amundsen, O. (2011). *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aarsæther, N. (2004). *Innovations in the Nordic periphery* (Nordregio Report 2004:3).

Stockholm: Nordregio.

Vedlegg 1. Kommuneforespørsel

X kommune v/ Folkehelseansvarlig

01.12.2016

Hei,

Jeg er i gang med min masteroppgave med fokus på *innovasjon og folkehelse* ved Høgskolen i Hedmark, institutt for folkehelse. Temaet for oppgaven omhandler om det lovpålagte folkehelsearbeidet er med på å tenke nytt på tvers av sektorer for å møte de utfordringene som finnes i kommunen.

Det er satt opp noen kriterier for å delta i studien som omfatter en mellomstor kommune og som har nedfelt folkehelse i kommunale planer med utgangspunkt i oversikts-dokumenter. I tillegg har jeg rådført meg med folkehelserådgiver hos Fylkesmannen i Hedmark og Hedmark fylkeskommune, og hvor de er enige om at X kommune er en god kandidat for deltakelse i denne studie. Ut fra rådene og at dere oppfyller kriteriene, velger jeg å ta kontakt med deg i første omgang for å høre om det er av interesse til å delta i studien.

Masteroppgaven er en kvalitativ studie som betyr at kommunen fungerer som en case og hvor jeg intervjuer 5-7 utvalgte informanter som deler sin oppfattelse og forståelse av temaet. Jeg ønsker å komme i kontakt med de som har klart definerte oppgaver for folkehelsearbeidet og som representerer ulike sektorer i kommunen, deriblant rådmannen om mulig. Intervjuet vil ta omtrent én time og til dette vil føring av notater og lydopptakere brukes.

Målet med oppgaven er å belyse forståelsen av innovasjon og innovasjonsprosesser i forhold til folkehelsearbeidet. Til dette hører med å belyse kulturen for innovasjon generelt i organisasjonen og hvordan ledelsen stimulerer til innovasjonsprosesser tilknyttet folkehelsearbeidet. Formålet i studien blant norske kommuner er foreløpig begrenset, og dermed er det et behov med bakgrunn i aktuell litteratur å tilføye nyere forskning på området.

Kommunen vil selvsagt få tilgang til resultatene, og forhåpentligvis vil de også kunne komme til nytte for andre kommuner som skal gjennom en tilsvarende prosess. Alle person-opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymiseres i oppgave, og all data vil destrueres umiddelbart etter gjennomført studie. Deltakelsen er frivillig og aktuelle informanter vil motta en skriftlig forespørsel om deltakelse.

Om kommunen ønsker å delta, er neste steg å prate oss sammen for å velge ut potensielle informanter, innhente samtykke til deltakelse og planlegge gjennomføring for intervjuene. Planen i masteroppgaven er å gjennomføre intervjuer i løpet av januar 2017.

Kontaktopplysninger; Susanne Frenningsmoen 95821068 [/sfrenningsmoen@gmail.com](mailto:sfrenningsmoen@gmail.com) eller veileder Eivind Skille, avd. Campus Elverum på Høgskolen i Hedmark på epost; eivind.skille@hihm.no.

Studien er godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Susanne Frenningsmoen

Vedlegg 2. Samtykke skjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”»Folkehelsearbeid & nytenking»

Bakgrunn og formål

Formålet med denne masterstudien er å se om det kan identifiseres kjennetegn på nytenking i forbindelse med det kommunale folkehelsearbeidet. Problemstillingen som skal analyseres er: «*Hva kjennetegner innovasjon og innovasjonsprosesser for kommunal ledelse i utviklingen av lovpålagt folkehelsearbeid?*» Med kjennetegn menes for eksempel hvordan en opplever det å tenke nytt og handler for å samhandle om det systematiske folkehelsearbeidet kommunen er lovpålagt å utføre. Utvalget i studien er ansatte som innehar stillinger som klart definerer at de jobber med og planlegger folkehelsefeltet, for eksempel samfunnsplanlegger, folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, mellomledere eller andre potensielle stillinger i og utenfor helsesektoren.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil gjennomføres *individuell intervju* med en varighet på ca. 45-60 min, og til dette vil båndopptaker bli brukt. I forkant av intervjuet mottar hver deltaker et kortere skriv på epost om hva nytenking i kommunal sektor kan kjennetegnes ved, og hvor formålet er å møte best mulig forberedt til intervjuet. I tillegg til intervju gjennomføres en *dokumentanalyse* av kommunens oversiktsdokument for folkehelse, og andre dokumenter som er av interesse og relevans for studien. Dette vil ikke kreve deltakelse av kommunen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil kun være tilgjengelige for prosjektleder og veileder, og vil lagres atskilt fra øvrige data på egen ekstern harddisk. Deltakere skal ikke kunne kjennes igjen ved navn. Dersom alle deltakerne gir samtykke, vil stillingene bli benevnt i publikasjonen, i tillegg til navnet på virksomheten, kommunen og fylket. Samtykke til dette vil også bli spurt om i etterkant av intervjuet, da deltakere vet hvilken informasjon de har delt. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.2017 og da vil alle personopplysninger og opptak fra intervjuene slettes.

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 anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Susanne Frenningsmoen 95821068 /sfrenningsmoen@gmail.com eller med veileder Eivind Skille, avdeling Campus Elverum på Høgskolen i Hedmark på epost; Eivind.skille@hihm.no Studien er godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Innovasjonsskriv

Hva kan innovasjon i offentlig sektor bety ?

Målet med dette skrevet er at du som informant får en mulighet å sette seg inn i hva innovasjon kan handle om før du kommer til intervju.

I de senere årene har begrepet innovasjon blitt et moderne begrep og offentlige myndigheter har også blitt opptatt av innovasjon. For eksempel har den norske regjeringen behandlet *innovasjon* i en melding til Stortinget i 2008-2009, med hensikten å styrke innovasjons-arbeidet i offentlig sektor med vektlegging på betydningen av god innovasjonsledelse og kompetanse (Nærings- og handelsdepartementet, 2008).

Bason (2010) beskriver begrepet *innovasjonskapasitet* i kommunal sektor som balansen mellom hindringer og muligheter for innovasjonsstrategi, politisk kontekst, strukturen i organisasjonen og innovasjonskultur. Kapasiteten avgjør hvordan en kommune genererer og implementerer ideer og ansees som avgjørende for å møte samfunnets velferdsutfordringer.

For å kunne danne seg et bilde av hva det kan bety når innovasjonsideologien generelt inntar kommunesektoren, kommer det frem i undersøkelsen til Mølstad (2015) at strukturelle forhold, og valg av ledelsesmodell er avgjørende faktorer til hvordan innovasjonsarbeidet utføres. Videre ble innovasjon oppfattet som forbedring av eksisterende praksiser og det ble brukt andre begreper for innovasjon, som for eksempel nyskaping, forbedring, utvikling og omstilling (Mølstad, 2015). Kommunene var samstemte om at jo høyre opp i hierarkiet en kommer, jo mer fremtredende er organisatorisk innovasjon. Det var også enighet om at tjenesteinnovasjonen er viktig, men for å få til gode tjenestetilbud er det nødvendig med organisatoriske innovasjoner.

I en annens studie som omhandler innovasjon i kommuner, kjennetegnes den ved at ledelsen tar ansvar for innovasjonsarbeidet og som bevisst skaper kultur og handlingsrom for det (Hatling & Sollid, 2015). Studien viser også at mangel på tid og økonomiske ressurser begrenser innovasjonsinnats, likeså mangel på ressurser og press på samhandling, men som samtidig kan være en fremmer for innovasjon. Som et siste punkt i den samme studien forstås innovasjon som nye nytt og nyttiggjort og som leder til i en eller annen form for økonomisk gevinst.

Min egen erfaring med kommunalt arbeid og med fokus på frisklivsarbeid, har mye «nytt» skjedd de siste 10 årene. Eksempel på nytenking er hvordan fysisk aktivitet har fått en mer sentral plass og betydning i arbeidet med psykisk uhelse. I dette arbeidet har blant annet terskelen for psykiske problemer og lidelser blitt senket, fordi inngangsporten har vært Frisklivssentralen og med fokus på de friske ressurser mennesker innehar. Et annet eksempel på nytenking er at frivilligheten har kommet mer på banen, og hvor utviklingstrekk viser til at brukere ønsker å bidra med sine erfaringskunnskaper innen for eksempel fysisk aktivitet og mestringsarbeid, men også frivillig organisasjon med sin ideologi og spisskompetanse.

Formålet med masterstudien er, som nevnt tidligere, å se om det kan identifiseres kjennetegn på nytenking i forbindelse med det kommunale folkehelsearbeidet hos dere i X. Problemstillingen som skal analyseres er: «*Hva kjennetegner innovasjon og innovasjonsprosesser for kommunal ledelse i utviklingen av lovpålagt folkehelsearbeid?*» Med kjennetegn menes for eksempel hvordan en opplever det å tenke nytt og gjøre ting annerledes for å samhandle om det systematiske folkehelsearbeidet kommunen er lovpålagt å utføre. Ved eventuelle spørsmål, vennligst ta kontakt med Susanne Frenningsmoen, 95821068.

Litteraturliste

Bason, C. (2010). *Leading public sector innovation: co-creating for a better society*. Bristol: Policy Press.

Hatling, L. & Sollid, T. (2016). *Ledelse i spagaten? Ledelse, kultur og krysspress i kommunalt innovasjonsarbeid*. Masteravhandling. København: Handelshøyskolen i København.

Mølstad, H.I. (2015). *En studie om hvordan det arbeides med innovasjoner i kommunesektoren*. Masteroppgave. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.

Nærings- og Handelsdepartementet. (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Oslo: Nærings- og handelsdepartementet.

Vedlegg 4. Intervju-guide

INTERVJU-GUIDE

Semi-strukturert intervjuguide (individuelle intervju) fordelt på tema/dimensjoner og relaterte underspørsmål/refleksjoner. Deltakerne er representanter fra en koordinerende folkehelsegruppe som har klare, definerte arbeidsoppgaver for folkehelsearbeidet.

Dato: _____ Intervjuer: _____ (1, 2 osv)

Bakgrunnsinformasjon:

Kvinne Mann

Alder: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-70

Høyeste utdanning: _____

Stilling: _____

Fartstid;

Antall år i offentlig sektor : _____

Antall år i privat sektor; _____

Sektortilhørighet:

Helse og omsorg

Skole og oppvekst

Næring

Samfunnsutvikling

Kultur

Rådmanns stab

Annet: _____

Formelle oppgaver og funksjoner (din rolle) i folkehelsearbeidet, spesielt med hensyn til oppgaver som bygger på tverrsektorielt arbeid:

GUIDE TIL INTERVJUENE

HOVEDSPØRSMÅL	UNDERSPØRSMÅL	MERKNADER/ REFLEKSJONER
<p>INNLEDNING (brifing)</p> <p><input type="checkbox"/> Takke for at informanten setter av tid</p> <p><input type="checkbox"/> Om undersøkelsen*</p> <p><input type="checkbox"/> Spørre etter informasjonsskriv og opplyse om anonymitet</p> <p><input type="checkbox"/> Bruk av lydopptaker.</p> <p><input type="checkbox"/> Er noe uklart eller andre spørsmål?</p>		
<p>ORGANISERING</p> <p><i>Hvordan vil du beskrive organiseringen av folkehelsearbeidet i kommunen?</i></p> <p><i>Hvordan vil du beskrive kortfattet økonomiske utviklingstrekk i kommunen de seneste 5 åra?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oppsummere funn</p> <p><input type="checkbox"/> Har jeg forstått deg riktig?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det noe du vil legge til?</p> <p><input type="checkbox"/> «Gå i dybden» der det er mulig</p>	<p>Hvordan kan dette eventuelt virke inn på det systematiske folkehelsearbeidet?</p>	<p><i>Noen få utvalgte (minst 2) som svarer på disse spørsmålene.</i></p> <p><i>(Oppsummering brukes for hver dimensjon)</i></p>

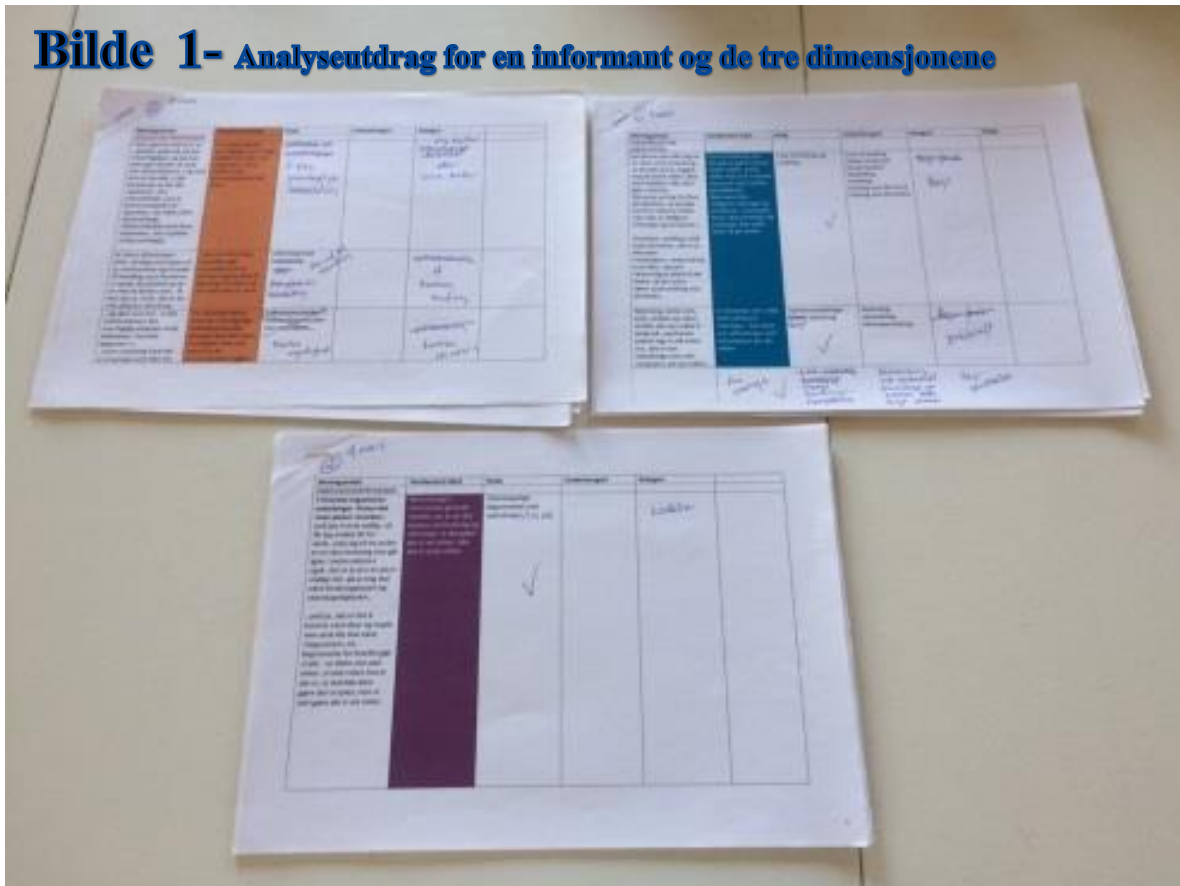
<p>INNOVASJONSKULTUR</p> <p><i>Hva vil du si kjennetegner kulturen for innovasjon i din kommune?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oppsummere funn</p> <p><input type="checkbox"/> Har jeg forstått deg riktig?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det noe du vil legge til?</p> <p><input type="checkbox"/> «Gå i dybden» der det er mulig</p>	<p>Hvordan opplever du det å tenke og foreslå nye ting og/eller nye sett å arbeide på i din organisasjon?</p> <p>Hva kjennetegner en innovativ organisasjon?</p> <p>Hva kjennetegner en organisasjon som ikke er så innovativ?</p> <p>Opplever du ledelsen prioriterer arbeidsmåter som stimulerer til samarbeid og kunnskapsdeling om innovasjon?</p> <p>Hvilke arenaer kommer dette tydeligst frem i?</p>	<p>«Hvordan gjør vi ting her».</p> <p>Hvordan oppstår innovasjon og når kan det kalles innovasjon?</p> <p>Evne til innovasjon.</p> <p>Strategiplaner for innovasjonsaktivitet Brukes innovasjonsverktøy?</p>
<p>INNOVASJONS- FORSTÅELSE</p> <p><i>Hva legger du i begrepet innovasjon?</i></p>	<p>...og hvilke andre ord kan du bruke for at beskriver innovasjon på?</p> <p>Skiller seg din oppfattelse av begrepet innovasjon i det daglige i kommunen og blant «folk i gata»? Hvordan?</p> <p>Kan du si noe om forskjeller på innovasjon i privat og offentlig sektor?</p> <p>Kan du fortelle forskjellen på begrepene ide og innovasjon?</p> <p>Oppfatter du innovasjon som et mote-ord-begrep? Hvem bruker dette og i hvilke sammenheng?</p> <p>Hvilke faktorer (innsatsområder) er viktige for å få til innovasjonsaktivitet?</p>	<p>Hvordan vil du forklare begrepet til noen som ikke har hørt om det?</p>

<p> <input type="checkbox"/> Oppsummere funn <input type="checkbox"/> Har jeg forstått deg riktig? <input type="checkbox"/> Er det noe du vil legge til? <input type="checkbox"/> «Gå i dybden» der det er mulig </p>	<p>Hvordan er din teoretiske kjennskap og forståelse av begrepet?</p> <p>Forbinder du innovasjon med «nytteverdien» og hvordan kan dette vise seg i arbeidet med folkehelse? Gi eksempel.</p> <p>Hvordan ser bruken av folkehelsebegrepet ut i ulike sektorer – noe nytt som har blitt innført eller nye trender?</p> <p>Opplever du større handlingsrom/frihet å være innovativ etter lovens inntredelse enn tidligere – på hvilken måte?</p> <p>Er du opptatt av å prioritere nyskaping selv? Gi eksempel, og hvorfor?</p>	<p>.</p>
<p>INNOVASJONS-PROSESSER</p> <p><i>Hva kjennetegner prosessene for innovasjon i folkehelsearbeidet?</i></p>	<p>Kan du reflektere over om en tvinges til å tenke og gjøre ting på nye måter etter loven ble innført? Hvordan kommer det til syne – utdyp?</p> <p>Betydning i det daglige arbeidet?</p> <p>Hvordan oppfatter du arbeidet med folkehelse i de ulike sektorene – likheter – ulikheter?</p> <p>Kan du fortelle om konkrete innovasjoner i arbeidet med folkehelse som du kjenner til som spesielt vellykkede o/e mislykkede?</p> <p>Kan du reflektere over hva som er det viktigste <i>drivkrefter</i> for å få til innovasjoner i forbindelse med folkehelsearbeidet?</p>	<p><i>Der en ide har blitt vurdert og prioritert, videre implementert og til slutt blitt spredd til andre aktører (fordi den fungerer).</i></p>

<input type="checkbox"/> Oppsummere funn <input type="checkbox"/> Har jeg forstått deg riktig? <input type="checkbox"/> Er det noe du vil legge til? <input type="checkbox"/> «Gå i dybden» der det er mulig	<p>Kan du reflektere over hva som er det viktigste <i>motkrefter</i> for å få til innovasjoner i forbindelse med folkehelsearbeidet?</p> <p>Hva tenker du om organiseringen av innovasjoner som adopteres, iverksettes og spres?</p> <p>Hva tenker du om at innovasjon er en nødvendighet for å løse fremtidens velferdsutfordringer som påvirker folkehelsen?</p> <p>Er du fornøyd med måten ting gjøres på i dag i forhold til nyskapning og felles arbeid med folkehelse? Kan det gjøres annerledes, fortell?</p>	
<p>AVSLUTNING (debrifing)</p> <input type="checkbox"/> Hvordan opplevde du intervjuet? <input type="checkbox"/> Jeg har ikke flere spørsmål- har du mer du gjerne vil si eller spørre om før vi avslutter intervjuet? <p>Stenger av lydopptakeren.</p> <input type="checkbox"/> Informere kort hva som skjer med dataene. <input type="checkbox"/> Takke for interessante og informative svar, og at de tok seg tid.		

Vedlegg 5. Utdrag fra analyseringsprosessen (Bilde 1-3)

Bilde 1- Analyseutdrag for en informant og de tre dimensjonene



Bilde 2- Abstrahering av kategorier for en informant på de tre dimensjonene



Bilde 3- Samlet abstrahering av alle funn til kategorier og overordnede temaer



Vedlegg

Vedlegg 6. NSD-godkjenning



Eivind Åsrum Skille
Institutt for idrett og aktiv livsstil Høgskolen i Hedmark, campus Elverum
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 02.11.2016

Vår ref. 50454 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50454</i>	<i>Lovpålagt folkehelsearbeid og nytenking i kommunesektoren</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Eivind Åsrum Skille</i>
<i>Student</i>	<i>Susanne Frønningsmoen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 03.07.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at studenten etterfølger Høgskolen i Hedmark sine regler for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Forventet prosjektslutt er 03.07.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Prosjektnr: 50454 Lovpålagt folkehelsearbeid og nytenking i kommunesektoren

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt 07.08.2017.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 31.10.2017.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Åsne Halskau - Tlf: 55 58 21 88
Epost: asne.halskau@nsd.no

Personvernombudet for forskning,
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
Tlf. direkte: [\(+47\) 55 58 21 17](tel:+4755582117) (tast 1)

AFFIRMATION

Referring to status report received 07.08.2017.

The Data Protection Official has registered that the project period has been extended until 31.10.2017.

We presuppose that the project otherwise remains unchanged.

You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please note that in case of further extensions, the data subjects should usually receive new information if the total extension exceeds a year beyond what they previously have received information about.

Do not hesitate to contact us if you have any questions.

Best regards,
Åsne Halskau - Phone number: 55 58 21 88
Email: asne.halskau@nsd.no

the Data Protection Official for Research,
Norwegian Centre for Research Data
Phone number (switchboard): [\(+47\) 55 58 21 17](tel:+4755582117) (enter 1)

Vedlegg 7. Litteratursøk

Jeg har søkt med disse ordene enkeltvis alternativ sammen og gjort inndelingen for norske og engelske søkeord. I hovedsak har jeg søkt i Oria og Google Scholar. I tillegg har jeg brukt anbefalt litteratur referert i tidliger forskning og fra sakkyndige.

Norsk:

- Folkehelse
- Lovpålagt folkehelsearbeid
- Innovasjon
- Nytenking
- Innovasjonsledelse
- Samfunnsutfordringer
- Innovasjonsprosess
- Innovasjonssystem
- Triple Helix
- Offentlig innovasjon
- Tjeneste- og organisasjonsinnovasjon
- Innovasjonskultur

Engelsk:

- Public sector
- Public Health
- Innovations -process, -organization, -management, -culture
- Triple Helix
- Municipalities
- Societal challenges