

# Organisasjonens skjulte skatt, medarbeideren

*En casestudie om medarbeiderdrevet innovasjon  
ved Oslo universitetssykehus*

Mani Hussaini



Masteroppgave ved senter for teknologi, innovasjon og  
kultur

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2016  
Antall ord: 33824



# **Organisasjonens skjulte skatt, medarbeideren**

En casestudie om medarbeiderdrevet innovasjon ved Oslo Universitetssykehus

© Mani Hussaini

2016

Organisasjonens skjulte skatt, medarbeideren.

Mani Hussaini

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Webergs Boktrykkeri AS

# Sammendrag

Mer innovasjon i helsesektoren er en forutsetning for et godt helsetilbud for alle i fremtiden. Gjennom innovasjoner som bidrar til bedre pasientbehandling kan helsesektoren forbedres og effektiviseres. Sykehusene er en viktig del av helsesektoren i Norge og bidrar således med innovasjon. Sykehusene har et innovasjonspotensiale gjennom sine medarbeidere, men det er ikke alltid dette potensiale utløses. Formålet med denne avhandlingen er å utforske betingelser som legger til rette for medarbeiderdrevet innovasjon, med utgangspunkt i Oslo universitetssykehus som case.

Medarbeiderdrevet innovasjon som et relativt utforsket konsept peker på betingelser som organisering, ledelse og læring som viktig når organisasjoner ønsker å utløse medarbeiderens innovasjonspotensiale. Gjennom 10 dybdeintervjuer, dokumentanalyse og observasjon har jeg studert hvordan medarbeiderdrevet innovasjon blir organisert ved i Oslo universitetssykehus og hvordan ledelse og læring på arbeidsplassen påvirker medarbeidernes innovasjonsevne.

Avhandlingen har vist at Oslo universitetssykehus verdsetter medarbeidernes innovasjonspotensiale og at ledelsen anerkjenner at den kunnskapen og erfaringen medarbeiderne besitter kan bidra til innovasjon. Idépoliklinikken og Inven2 fungerer som idekasser som prosesser ideer fra blant annet medarbeidere og utgjør et viktig verktøy for å utløse medarbeiderdrevne innovasjoner. Oslo universitetssykehus er et fagbyråkrati med sterke fagprofesjoner som har en viss grad av autonomi, men som kan ha samarbeidsutfordringer på tvers av organisasjonen. Et fagbyråkrati har egenskaper som både legger til rette og hindrer medarbeiderdrevet innovasjon. Lederstøtte, samarbeid mellom kolleger og avdelinger, autonomi i hverdagen og læring på arbeidsplassen bidrar til at ideer fra medarbeidere kommer til overflaten og ender opp som innovasjoner. Disse faktorene utgjør viktige betingelser for medarbeiderdrevet innovasjon ved Oslo universitetssykehus.



# Forord

Jeg har flere ganger lurt på om jeg noen gang ville bli ferdig med denne masteroppgaven. Jeg fikk verdens beste verv og ble valgt som leder i AUF mens jeg holdt på å fullføre masteroppgaven, og jeg må ærlig innrømme at den alltid har kommet i andre rekke siden landsmøte i AUF i 2014. Jeg har likevel ikke gitt opp, og brukt mine juleferier, påskeferier og sommerferier på å skrive noen sider her og der. Endelig er den klar og jeg har mange som må takkes.

Først og fremst vil jeg takke min kjære Veronica som gjennom hele prosessen på snart fire år har vist forståelse og vært en skikkelig pådriver for at jeg skal fullføre. Hun har samtidig vært min største kritiker, og jeg tør å påstå at hun kan denne masteroppgaven like godt som meg.

Jeg vil også takke min veileder Jarle Hildrum som har vært fleksibel og alltid bidratt med konstruktive råd. Vår felles interesse for medarbeiderdrevet innovasjon har gjort denne prosessen morsom. Idépoliklinikken skal også ha en stor takk for å ha gitt meg tilgang og rikelig med informasjon når jeg har trengt det. Dere har gjort denne masteroppgaven mulig.

Tilslutt vil jeg takke venner i AUF som har trodd på meg hele veien, mine studiekamerater som har pushet meg og ikke minst mine foreldre og søsken for å ha mast på meg for at jeg skal bli ferdig med masteroppgaven.

Mani Hussaini





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Forskningsspørsmålet .....	2
1.2	Casen: OUS .....	3
1.3	Avhandlingens oppbygging .....	4
2	Teoretisk rammeverk.....	7
2.1	Innovasjon .....	7
2.1.1	Innovasjon som en kollektiv handling .....	9
2.2	Innovasjon i sykehussektoren .....	10
2.3	Medarbeiderdrevet innovasjon .....	12
2.3.1	MDI, et nytt konsept?.....	13
2.3.2	Demokratiseringen av arbeidsplassen og MDI .....	14
2.4	En organisasjon for MDI .....	15
2.4.1	Jakten etter de gode ideene – rasjonalitetsparadokset i innovasjonsprosesser... ..	15
2.4.2	Strategisk versus operasjonell kunnskap - skjevt informasjonsforhold .....	16
2.4.3	En inkluderende beslutningsstruktur .....	18
2.4.4	Ulike måter å organisere MDI.....	19
2.4.5	Idegenerering.....	21
2.4.6	Mekanisk versus organisk organisasjon .....	22
2.5	Innovasjonsledelse for MDI .....	25
2.5.1	Støtte fra ledelsen .....	26
2.5.2	Autonomi.....	27
2.5.3	Samarbeid og kultur .....	27
2.6	Læring og innovasjon .....	29
2.6.1	Organisatorisk læring .....	30
2.6.2	Læring på arbeidsplassen .....	31
2.6.3	Ulike former for læring - adaptiv læring og utforskende læring.....	32
2.6.4	Organisatorisk læring – en kombinasjon av adaptiv og utforskende læring .....	34
2.7	Oppsummering av teorikapittelet .....	35
3	Metode.....	39
3.1	Vitenskapelig posisjonering .....	39
3.2	Kvalitativ casestudie.....	40

3.3	Valg av case.....	42
3.4	Datainnsamling.....	43
3.4.1	Dokumentundersøkelse .....	43
3.4.2	Observasjon.....	44
3.4.3	Dybdeintervju.....	45
(i)	Gjennomføring av intervjuene .....	46
(ii)	Intervjuguiden.....	48
3.5	Dataanalyse .....	49
3.6	Reliabilitet og validitet .....	50
3.6.1	Skjevheter og etiske betraktninger .....	52
4	Empiri og analyse.....	53
4.1	Innovasjon som en kollektiv handling.....	53
4.1.1	Er forskning et hinder for innovasjon?.....	55
4.2	Hvordan organiseres medarbeiderdrevet innovasjon ved OUS?.....	57
4.2.1	Informasjonsforholdet ledelse - medarbeider.....	57
4.2.2	Beslutningsstruktur av MDI ved OUS .....	59
4.2.3	Flere fremgangsmåter for den innovative medarbeideren.....	62
4.2.4	Idegenerering.....	67
4.2.5	Organisasjonsstruktur ved OUS .....	70
4.3	Hvilken rolle spiller ledelse på MDI?.....	73
4.3.1	Ledelse .....	73
4.3.2	Autonomi.....	76
4.3.3	Samarbeid.....	77
(i)	Mellom kolleger og profesjoner.....	77
(ii)	Mellom avdelinger .....	78
4.4	Hvordan bidrar læring på arbeidsplassen til MDI? .....	81
4.4.1	Læring ved OUS – formelle og uformelle arenaer.....	82
4.4.2	Utfordringer tvinger frem innovasjon .....	86
4.4.3	Rutiner og innovasjon .....	88
5	Oppsummering og avslutning .....	93
5.1	Under hvilke betingelser og hvordan skaper medarbeidere innovasjon ved Oslo Universitetssykehus?.....	93
5.2	Begrensninger, implikasjoner og videre forskning.....	97
	Litteraturliste .....	99

## Figurliste

Figur 1: oppsummering av ulike tilnæringer til innovasjon i sykehussektoren i innovasjonslitteraturen .....	12
Figur 2: en idealstruktur for beslutninger i MDI, en forenkling av Kestings og Ulhøis modell (2010:75) .....	18
Figur 3: De tre arbeidsmåtene .....	20
Figur 4: Mitzbergs (1979) arketyper for organisasjon og deres innovasjonspotensiale (Lam 2005).....	25
Figur 5: modell av masteroppgavens forskningsdesign .....	41
Figur 6: Oversikt over intervjuer, med informant, dato, lengde samt nivå. ....	47
Figur 7: hvordan ideen prosesseres gjennom Idépoliklinikken (Idépoliklinikken 2016).....	63
Figur 8: hvordan ideen prosesseres gjennom Inven2 (Inven2 2016) .....	63
Figur 9: organisasjonskartet ved OUS 2016 .....	70
Figur 10: utdanningsløp i klinisk fagstige for sykepleiere (Fagforbundet 2014).....	83



# 1 Innledning

*«A journey of a thousand miles begins with a footstep» - Lao Tzu*

I følge evolusjonsteorien, er det ikke de sterkeste eller mest intelligente individene og artene som overlever, men de mest tilpasningsdyktige. Det samme kan vi kanskje si om organisasjoner i dag, som eksisterer i omgivelser som stadig endrer seg og i et samfunn hvor det skjer omfattende og grunnleggende endringer. I forbindelse med dette har satsning på innovasjon de seneste tiårene blitt ansett som en obligatorisk øvelse for mange land, bedrifter og organisasjoner som ønsker å oppnå økt produksjon og produktivitet og dermed økt konkurransevne (OECD 2005:5). Innovasjon i offentlig sektor blir også trukket frem som løsningen på de enorme samfunnsutfordringene vi står overfor når det gjelder nedgang i offentlige inntekter, en aldrende befolkning og vekst i behov for velferdstjenester (Borins 2002). Forestillingen om innovasjon som en lineær prosess med utspring i forskning og utvikling (FoU) har blitt avvist av moderne innovasjonsstudier (Balconi, Brusoni & Orsenigo 2010). I dag anses innovasjon som en mye mer kompleks og interaktiv prosess med flere kilder og aktører involvert. Det jeg ønsker å belyse i denne avhandlingen er hvordan en av innovasjonskildene, nemlig medarbeiderne, bidrar til innovasjon og hvordan sykehus som en organisasjon fasiliteter for medarbeiderdrevet innovasjon (forkortes til MDI).

Endringer i befolkningens sykdomsbilde, demografiske endringer, aldrende befolkning, utviklingen av nye behandlingsmetoder og medisinsk teknologi, økte kostnader, samt økt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet, gjør at helse- og omsorgstjenesten må utvikles kontinuerlig. Disse faktorene i kombinasjon med de stadig høyere helseutgiftene (Norge er på utgiftstoppen blant OECD-landene) utpeker innovasjon i helsesektoren som en nødvendighet for hvordan vi takler dagens og fremtidens utfordringer. I 2011 uttalte daværende helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen under stortingsdebatten om Statsbudsjettet at «vår vilje til å fornye og forbedre helse- og omsorgstjenesten vil være avgjørende for det helsetilbudet vi kan gi i årene fremover, og det tilbudet som generasjoner etter oss vil få». Dette, samt regjeringens nylig fremlagte Stortingsmelding «Morgensdagens omsorg» forsterker behovet for økt oppmerksomhet og satsning på innovasjon i helsesektoren.

Sykehus huser mange profesjoner og kunnskapsbaser og skaper dermed enorme muligheter for innovasjon. Innovasjon oppstår ofte som resultat av at aktører kombinerer eksisterende kunnskap på nye måter. Et miljø som huser et bredt spekter av ulike kunnskaper og som har gode

samarbeidsrelasjoner på tvers av avdelinger har i teorien et godt utgangspunkt for innovasjon. Samtidig kan det være vanskelig å samarbeide godt i sammensatte fagmiljøer, og da avhenger innovasjonsgraden av god fasilitering for innovasjon. Skillet mellom innovative organisasjoner og organisasjoner som ikke når helt opp, er nemlig de som innehar evnen til å fasilitere, utvikle, utnytte og eventuelt spre innovasjoner. Innovasjonsevnen kan forsterkes ved blant annet bred involvering av medarbeiderne i innovasjonsprosesser. Denne involveringen utgjør et konkurransefortrinn for organisasjonen og gir positive effekter på virksomhetens fortjeneste og konkurranseevne (Tidd og Bessant 2009: 115). Dessuten viser flere studier (EPOC 1998, DISKO 1999, LO 2006) at det er en sammenheng mellom slike effekter og faktorer som økt effektivitet, kvalitetsforbedringer, økt jobbtilfredshet, redusert sykefravær og lavere gjennomtrekk av ansatte (Amundsen m.fl. 2011: 221-222).

84 prosent av NHOs medlemsbedrifter hevder at deres egne ansatte er de viktigste kildene til ideer for utvikling av nye prosesser, produkter og tjenester. Det hevdes at egne ansatte er 30 ganger viktigere kilde for innovasjon i norsk næringsliv enn for eksempel universiteter og høyskoler (NOU 2008). Mange innovasjoner springer ut fra en idé som har blitt fremmet av forskere, leger, sykepleiere etc. ved et sykehus, og i en studie om deltakende innovasjon i fem industribedrifter i Buskerud fant Hertzberg & Moen (2010:26) at det eksisterer «et uutnyttet potensiale for å støtte opp mot, og stimulere ansatte til å fremme forslag og ideer til forbedringer og innovasjoner». Hasu, Saari og Mattelmäki mener bredere deltakelse i innovasjonsaktiviteter kan være et sted å starte (Sundbo 2011:251). Dette sammenfaller med et av grunnprinsippene i det norske arbeidslivet og som ble formet etter andre verdenskrig, nemlig visjonen om industriell demokrati. Daværende statsminister Einar Gerhardsen uttalte på Stortingets talerstol følgende: «vis arbeiderne tillit og gi dem ansvar, så vil de, som den avgjørende faktor i produksjonsprosessen, yte sin del».

## **1.1 Forskningsspørsmålet**

Arbeidsplassen har blitt mer kunnskapsbasert og mindre strengt definert, og i denne sammenheng kan de ansatte bidra til å innovere gjennom sin evne til å generere ideer og bruke disse som byggeklosser for nye og bedre produkter, tjenester og arbeidsprosesser (Van de Ven, 1986; Amabile, 1988). I følge blant annet De Jong (2007) og Tidd & Bessant (2009) må organisasjoner som ønsker å være innovative ta i bruk sine medarbeidere. Det potensialet medarbeidere utgjør for organisasjonens innovasjonsevne har av flere blitt understreket som

den skjulte skatten (LO 2006, Kesting & Ulhøi 2008, 2010, Tidd & Bessant 2009). Den blir omtalt som en skjult skatt delvis fordi organisasjoner overser dette potensialet og ikke anser det som en viktig innovasjonskilde, og delvis fordi det ikke eksisterer én enkel metode eller oppskrift for hvordan dette potensialet kan utløses (ibid). Og det er det nettopp det siste aspektet som kommer til å studeres i denne avhandlingen. Selskaper som Google og Finn.no anerkjennes som foregangsorganisasjoner på medarbeiderdrevet innovasjon, og har ulike praksiser for å utløse innovasjonspotensialet blant sine medarbeidere. Studier av forutsetninger for MDI understreker ifølge Amundsen (2014) nettopp det at det er «...not possible to pinpoint any “best practices” for Employee driven innovation». Gjennom denne avhandlingen skal det forsøkes å undersøke forutsetninger som MDI-litteraturen har trukket frem som viktig for å utløse potensialet hos organisasjonens medarbeidere. Her skal aspekter som organisasjonsstruktur, ledelse og læring undersøkes. For dette formål har følgende forskningsspørsmål blitt formulert:

### **Under hvilke betingelser og hvordan skaper medarbeidere innovasjon ved Oslo Universitetssykehus?**

På grunn av avhandlingens omfang avgrenses forskningsspørsmålet til å forske på hvordan MDI organiseres ved OUS, hvilken rolle spiller ledelse på MDI og hvordan læring bidrar til MDI på arbeidsplassen. Organisering, ledelse og læring kan være viktig drivere og betingelser for MDI ved Oslo universitetssykehus. Med strammere budsjetter og større behov for helsetjenester kan en bedre utnyttelse av medarbeideres innovasjonspotensiale være en gullgrube for kunnskapsintensive organisasjoner. Å studere betingelser for MDI kan ha en nytteverdi for organisasjoner som ønsker å ta i bruk alle krefter i innovasjonsarbeidet, og for samfunnet for øvrig som er avhengig av at helsetjenestene er i kontinuerlig forbedring.

## **1.2 Casen: OUS**

For å kunne forstå hvordan medarbeidere utgjør en innovasjonskilde valgte jeg å belyse dette i en sykehuskontekst. Sykehusene i Norge (spesialisthelsetjenesten) sysselsetter mer enn 104000 årsverk (SSB 2015) og hadde i 2014 et årsbudsjett på omtrent 111 milliarder. Sykehus som en organisasjon kjennetegnes som et kunnskapsintensivt og kompetansekrevende organisasjon (Nilsen 2011:12). I NOU-en *Fagopplæring for framtida* fremheves tilgangen på kompetente medarbeidere som en viktig faktor for innovative organisasjoner (NOU 2008). I

en studie gjort av Bartel og Lichtenberg (1985) vises det til at medarbeidere med høyere utdanning utgjør et komparativt fortrinn for sin organisasjon i forhold til læring og implementering av ny teknologi, og at høyt utdannede medarbeidere har en tendens for å adoptere innovasjoner raskere enn medarbeidere uten høyere utdanning. I moderne organisasjoner består medarbeidernes arbeidsinnsats i første rekke av intellektuelt arbeid, og i organisasjoner som sykehus vil medarbeidernes kompetanse være avgjørende for hvor godt organisasjonen fungerer. Grund (2006), som regnes som en av de fremste eksperter på sykehusorganisering hevder at organisasjonens menneskelige kapital er viktigere enn den teknologiske.

Sykehusene er ifølge Thune (2015) nøkkelaktører i helseinnovasjonssystemet – og da særlig universitetssykehusene – som selv også utfører betydelig medisinsk forskning og utviklingsarbeid, opplæring og kompetanseheving av medisinsk personale i tillegg til behandling av pasienter. Ved flere av sykehusene har innovasjon blitt satt på dagsorden og inkorporert i organisasjonens mål og strategier. Oslo Universitetssykehus, som jeg har valgt å studere, skriver i sin innovasjonsstrategi at:

«utvikling og forankring av god innovasjonskultur og rutiner er viktige forutsetninger for verdiskaping. Det vil øke idétilfanget og gjøre det lettere å prioritere innovasjoner som gir størst samlet verdi for pasient, sykehus og samfunn» (OUS 2011:2).

Videre sier Oslo Universitetssykehus at utvikling av god innovasjonskultur er topplederforankret og ledere og enheter i sykehuset skal måles på innovasjon. Fokuset på medarbeidere (men også pasienter og eksterne samarbeidspartnere) som en viktig innovasjonskilde på OUS var den avgjørende faktoren for å studere OUS som case. I tillegg sysselsetter OUS et bredt spekter av profesjoner og kan dermed gi et interessant innblikk på hvordan innovasjon fasiliteres i et sykehus med en tverrfaglig arbeidsstyrke og heterogene kunnskapsbaser.

### **1.3 Avhandlingens oppbygging**

Målet med avhandlingens innledning er å gi leseren et generelt bilde av hvorfor denne forskningen både er relevant og interessant, og hvordan den vil bli prosessert. Neste del av avhandlingen er et teoretisk kapittel som definerer og forklarer hovedkonsepter og presenterer viktige litteraturbidrag som er relevante for å besvare forskningsspørsmålet. Kapittelet tar sikte på å posisjonere MDI som konsept, samt definere betingelser som



organisering, ledelse og læring i et MDI-perspektiv.

I kapittel tre vil valg av case og metodisk tilnærming bli presentert. Her vil leseren få full innsikt i datainnsamlingsprosedyre og de praktiske sidene ved datainnsamlingen. Hvordan metoden anvendes, verdien av innsamlede data, begrensninger og skjevheter vil være en naturlig del av dette kapitlet. Målet med metodekapittelet er å gjøre forskningen så transparent som mulig, for å øke påliteligheten av avhandlingen. I kapittel fire presenteres funnene og diskuteres i lys av relevant teori fra kapittel to. Tilslutt vil en oppsummering samle opp trådene, før jeg avslutningsvis tar for meg forskningens begrensninger, teoretiske og praktiske implikasjoner samt forslag til videre forskning.



## 2 Teoretisk rammeverk

*«As long as firms are not able to utilize this potential of their 'ordinary' employees to contribute to innovation decisions (or even initiate them), they are burning a lot of money» - Kesting og Ullhøi*

Gjennom dette kapittelet vil jeg presentere, gjennomgå og diskutere teorier som kan være med og belyse avhandlingens problemstilling nemlig under hvilke betingelser og hvordan medarbeidere skaper innovasjon ved Oslo Universitetssykehus. For å kunne belyse problemstillingen vil jeg ta utgangspunkt i Oslo Universitetssykehus som case og kartlegge hvordan deres medarbeidere bidrar i organisasjonens innovasjonsarbeid.

I litteraturen om MDI trekkes fenomener som beslutningsstruktur, innovasjonsledelse, autonomi, samarbeid, organisasjonsstruktur og kultur og læring på arbeidsplassen frem som viktige for å kunne forklare prosesser som underbygger MDI (Smith m.fl. 2012:226). Mitt teoretiske rammeverk vil bestå av de ovennevnte begreper ettersom de ifølge MDI-litteraturen kan forklare problemstillingen min på best mulig vis.

Innledningsvis vil jeg kort redegjøre for innovasjonsbegrepet og synet på innovasjonsprosessen som en kollektiv handling. Jeg vil deretter gjennomgå ulike syn på innovasjon i sykehus for så å representere hva som ligger i MDI-konseptet og det historiske aspektet ved det. Jeg skal belyse teorier som forklarer og posisjonerer dette konseptet. Jeg vil videre gå gjennom ulike forutsetninger som må ligge til grunn i en organisasjon som kjennetegnes som innovativ og tilbøyelig til å skape en dynamikk for MDI. Herunder gjennomgå organisatoriske strukturer som må ligge til grunn for MDI. Det samme gjør jeg med begreper og teorier innenfor innovasjonsledelse som kan understøtte MDI. Tilslutt undersøker jeg teorier som beskriver sammenhengen mellom læring og MDI.

### 2.1 Innovasjon

Innovasjon og innovasjonsprosesser som fenomener har de seneste 50-årene blitt forsøkt avdekket og anvendt av forskere, politikere og andre som jakter på potensialet av innovasjon. I løpet av denne tiden har det også blitt utviklet ny og forskningsbasert kunnskap på området (Høytrup 2012:4). Det enorme mangfoldet innenfor innovasjonsforskning er ifølge Aasen og Amundsen (2011:37) en konsekvens av at den tar utgangspunkt i mange fagområder og at den

er multidisiplinær. Fagerberg og Verspagen (2009) går lenger og sier at innovasjon er et vitenskapelig felt som utydeliggjør grensene for tradisjonelle vitenskapelige felt.

Ordet innovasjon stammer fra det latinske ordet *innovare*, som betyr «å lage noe nytt» (Tidd m.fl. 2011), og kan oversettes med fornyelse eller begrenset endring, en kombinasjon av kontinuitet og diskontinuitet (Aasen og Amundsen 2011:37). Nyere definisjoner av innovasjon handler mer om resultatet av innovasjonen: hva som er nytt (produkt, tjeneste, arbeidsprosess, organisasjonsmodell) og hvor nytt det er (ibid).

Regjeringen (St.meld.nr.7:2008-2009) definerer innovasjon som «en ny vare, ny tjeneste, ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er tatt i bruk i produksjonen eller som er lansert i markedet for å skape økonomiske verdier». Hertzberg og Moen (2010:11) utdyper begrepet og hevder at innovasjon kan «dreie seg om fornyelse av og utvidelse av produkt og tjenester, etablering av nye metoder for produksjon, leveranser, markedsføring og distribusjon, introduksjon av endringer i ledelse, organisasjon, arbeidsforhold eller kompetanse blant medarbeidere».

Et viktig skille mellom innovasjon og oppfinnelse er at innovasjon ikke kun handler om å komme med en ny og smart idé, men utgjør en prosess hvor (i) man skal implementere denne smarte ideen i praksis og (ii) spre ideen (Newell m.fl. 2009:188). Innovasjonsprosessen består da av å generere nye ideer, implementere disse ideene i praksis og tilslutt spre dem til organisasjonens omgivelser og kanskje globale omgivelser.

De finnes flere kvalifiseringer av innovasjon når det gjelder nyhetsgrad, men en omforent enighet blant de fleste innovasjonsforskerne er skillet mellom inkrementell innovasjon og radikal innovasjon.

Inkrementell innovasjon innebærer en forbedring av en eksisterende løsning og som bygger på den eksisterende løsningen. Det er gjennom en videreutvikling og optimalisering av eksisterende løsninger at det etableres nye og smarte løsninger. Disse løsningene kan ofte føre til høyere produktivitet, effektivitet og/eller kvalitet. Usikkerheten og risikoen knyttet til inkrementelle innovasjoner er oftere lav ettersom de bygger på løsninger som fungerer. Utvikling av en vanntett bandasje med høyere tetthetsgrad enn eksisterende produkter, kan for eksempel redusere risiko for infeksjon i såret betydelig. Med andre ord en gevinst både for pasientenes helse og sykehusets økonomi (DIFI 2015).

Radikal innovasjon på den andre siden representerer en vesentlig endring eller noe helt nytt (Aasen og Amundsen 2011:49), som ofte bidrar til at spillereglene i markedet endres og åpner dermed for utvikling av nye innovasjoner. Eksisterende produsenter vil også kunne oppleve at kompetansen de besitter ikke lenger kan utnyttes for å ta opp konkurransen mot den radikale innovasjonen, fordi den bryter ned grunnlaget for eksisterende løsninger og er bygget på ny kunnskap (Aasen og Amundsen 2011:51). Men det er knyttet stor usikkerhet til radikale innovasjoner med tanke på den ressurs og tid det krever (DIFI 2015).

### **2.1.1 Innovasjon som en kollektiv handling**

Aasen og Amundsen (2011:38) presenterer sin egen definisjon av innovasjon, som de mener forener synet på innovasjon som produkt og prosess. De mener at innovasjon skjer gjennom kollektive prosesser som oppstår med utgangspunkt i en ny (og akseptert) idé, og som får sin effekt når resultatene (produktene) av den nye ideen tas i bruk, gjennom å forandre hvordan mennesker organiserer seg, hvilke redskaper og teknologier de utnytter, eller hvordan de lever. Når medarbeiderne i en eller flere organisasjoner engasjerer seg for å utvikle noe nytt som er ment å ha positiv betydning for de organisasjoner det gjelder, kalles det vanligvis en innovasjonsprosess (Aasen og Amundsen 2011:43).

Aasen og Amundsens definisjon tar utgangspunkt i Van de Vens (1986:591) syn på innovasjon som en prosess «hvor utvikling og implementering av nye ideer kommer fra folk som i en institusjonell kontekst er delaktig i transaksjoner med andre». Dette trekker frem den sosiale dynamikken for innovasjon og at den er situasjon- og kontekstsbestemt (Newell m.fl. 2009:188).

Ut ifra dette kan innovasjon tolkes som noe som er involvert i dagligdagse aktiviteter og ikke utgjør et privilegium, for eksempel forsknings- og utviklingsavdelinger. Innovasjon er en prosess der organisasjoner samhandler med kunder, leverandører og kunnskapsinstitusjoner (Jensen m.fl. 2007, Vinding 2002). Dette synet på innovasjon understøtter flere av de nye begrepene for innovasjon (åpen innovasjon, brukerdrevet innovasjon, medarbeiderdrevet innovasjon etc.).

Innovasjonens natur som en heterogen og situasjonsbestemt prosess tilsier at det ikke eksisterer en enkel «beste praksis» innovasjonsmodell for organisasjoner og ledere å implementere (Pavitt 2005:96). Men Pavitt presiserer at mangelen på «beste praksis» ikke kan

oversettes til at innovasjonsstrategier ikke spiller noen rolle, eller at god innovasjonsledelse ikke avgjør organisasjonens produktivitet og lønnsomhet.

Selv om definisjonene av hva innovasjon er til en viss grad varierer, synes det å være en felles oppfatning at innovasjon spiller en sentral rolle i den entreprenørielle prosessen av verdiskaping og hjelper organisasjoner i å skape en fremtid for seg selv og sin industri (Fees og Taherizadeh 2012:188). Innovasjon har - i en mer globalisert verden hvor tilgang til avansert kunnskap, ekspertise og teknologi stadig blir enklere - snarere blitt en nødvendighet enn en luksus vare.

Forestillingen om innovasjon som en lineær prosess med utspring i forskning og utvikling (FoU) har blitt avvist av moderne innovasjonsstudier (Balconi m.fl. 2010). I dag anses innovasjon som en mye mer kompleks og interaktiv prosess mellom flere kunnskapsbaser, både interne og eksterne (Kline og Rosenberg 1986). Hvordan man utnytter disse kunnskapsbasene er av avgjørende betydning for hvor innovativ en organisasjon kan være.

## **2.2 Innovasjon i sykehussektoren**

Det finnes mange ulike typer innovasjoner innenfor sykehussektoren (medisinske, teknologiske, organisatoriske, prosedyremessige), og påfølgende mange ulike prosesser som driver frem disse. Sykehusene benytter seg av både internt og ekstern generert kunnskap i sine innovasjonsaktiviteter. Litteraturen som omhandler sykehus som innovative organisasjoner kan ifølge Djellal og Gallouj (2005:818) deles inn i fire grupper av ujevn størrelse, og ulike tilnærminger til temaet.

Mesteparten av litteraturen omhandler ifølge Djellal og Gallouj (2007:182) en tilnærming der sykehusene blir sammenlignet med bedrifter og hvor sykehusene blir oppfattet som en slags fabrikk (Phelps 1997) som har en produksjonsfunksjon med mål for øye å maksimere antall produserte helsetjenester (output) ved å justere innsatsfaktorene (for eksempel kapital, arbeidskraft osv.) (Shephard 1970, Ahren 1993).

Den andre gruppen av litteraturen tar i bruk en tilnærming der sykehus anses som et «sett av teknologiske og biofarmakologiske kapasiteter». Litteraturen i denne gruppen er meget heterogen når det gjelder involverte disipliner og samles under betegnelsen medisinsk innovasjon (Djellal og Gallouj 2007:182, Herzlinger 2006:3). Innenfor denne generiske

betegnelsen kan tre undergrupper identifiseres; (1) biomedisinsk eller biofarmakologisk innovasjon (nye legemidler, nye kjemiske eller farmasøytiske substanser osv.) (2) håndgripelig medisinsk innovasjon, dvs. innføring av tekniske systemer, i form av nye maskiner, verktøy, utstyr, delutstyr eller teknologier. (3) Immateriell medisinsk innovasjon, som omfatter behandlingsprotokoller, diagnostiske eller terapeutiske strategier osv. (Fitzgerald m.fl. 2002, Hashimoto m.fl. 2006).

Den tredje gruppen består av et stadig økende antall studier som anser sykehusene som «databehandlingsmaskiner» og studerer innovasjon i sykehusene fra perspektivet om innføring av informasjonssystemer og teknologiske innovasjoner (Bruke m.fl. 2004, Gallouj 2002). Eksempler på slike innovasjoner kan være E-pasient-program, digitale sykehus. Det nye medisinske paradigmet resulterer i større og mer dynamisk informasjonsflyt og anser pasienten som en aktiv samarbeidspartner fremfor et objekt som skal behandles (Schreurs 2012). Det er imidlertid en del teknologier og informasjonssystemer som også kan anses som medisinsk innovasjon. Disse hybride medisinske teknologiene har dratt eksepsjonell nytte av teknologifremgangen innenfor IT, automatikk og videooverføring. Et godt eksempel er utstyr og teknologier innenfor magnetresonanstomografi (MRI), scanografi og videoendoskopi (Djellal og Gallouj 2007:186). Under denne kategorien finner vi også litteratur som ser på sammenhengen mellom informasjonssystemer og hvilken påvirkning dette har på produktivitet og arbeidskraft (Stanback 1987, Fuchs 1990).

I den fjerde og siste gruppen, som også er den nyeste og sannsynligvis minst omfangsrike, er sykehusene sett på som tilbydere av komplekse helsetjenester og knutepunkt for ulike deler av helsevesenet (Djellal og Gallouj 2007:188). I denne tilnærmingen, er sykehusene ansett som tilbydere av ulike og dynamiske tjenester, som er i stand til å gå utover sine egne institusjonelle grenser og samhandle et større nettverk. Typer innovasjoner som kan innlemmes under denne tilnærmingen og som ikke de andre nevnte tilnærmingene tar for seg er tjenesteinnovasjoner og organisatoriske innovasjoner (Anatole-Touzet og Souffir 1996, McConnell 2005, Gallouj og Weinstein 1997). Denne tilnærmingen gjør det mulig å utvide innovasjonsbegrepet i sykehus til å innlemme nye former for innovasjon og nye aktører i innovasjonsprosessen. Dette samsvarer ifølge Djellal og Gallouj (2007) med Schumpeters tradisjon for åpenhet (Schumpeter 1934). Forfatterne argumenterer for at dette tilsier at tilnærmingen til innovasjon i sykehus har beveget seg fra en teknologisk tilnærming til en mer tjenestebasert tilnærming som inkluderer flere aktører (2005:818). Dette synet på innovasjon

samsvarer med de nye innovasjonskildene; åpen innovasjon, brukerdrevet innovasjon og medarbeiderdrevet innovasjon etc.

Tilnærming	Typer innovasjon	Referanse
Sykehuset anses som en <b>fabrikk</b> som produserer tjenester	Ikke spesifisert. Her anses endring i produksjonsfaktorene som et virkemiddel for å øke den totale produksjonen	Shephard 1970, Ahren 1993, Phelps 1997
Sykehuset anses som en organisasjon med <b>et sett av teknologiske og biofarmakologiske kapasiteter</b>	Medisinsk innovasjon: produkt- og prosessinnovasjon	Djellal og Gallouj 2007, Herzlinger 2006, Fitzgerald m.fl. 2002, Hashimoto m.fl. 2006
Sykehuset anses som et <b>system bestående av databehandlingsmaskiner</b>	Alle typer innovasjoner som anses som teknologiske, herunder: produkt- og prosessinnovasjon.	Bruke m.fl. 2004, Gallouj 2002, Schreurs 2012, Stanback 1987, Fuchs 1990
Sykehuset anses som en organisasjon som <b>tilbyr komplekse helsetjenester og fungerer som et knutepunkt for ulike deler av helsevesenet</b>	Alle nevnte innovasjonstyper, i tillegg til tjenesteinnovasjon og organisatorisk innovasjon	Anatole-Touzet og Souffir 1996, McConnell 2005, Gallouj og Weinstein 1997

Figur 1: oppsummering av ulike tilnærminger til innovasjon i sykehussektoren i innovasjonslitteraturen

## 2.3 Medarbeiderdrevet innovasjon

I industrielle samfunn finner man mange eksempler på innovasjoner som har sitt utspring fra ideer fra medarbeidere som ikke nødvendigvis arbeidet med forskning og utvikling. Konseptet rundt MDI har de seneste årene blitt utforsket og redegjort for av flere hold, men bærer fortsatt det preg av å være nytt og uutforsket. Litteraturen om MDI har de seneste årene fått betydelige bidrag, og det er blitt gjennomført flere systematiske empiriske studier av fenomenet (Høytrup m.fl. 2012).



MDI referer ifølge Kesting og Ulhøi (2010) til *genereringen og implementering av nye ideer, produkter og prosesser som har sitt utspring hos én- eller flere medarbeidere.*

Nærings- og handelsdepartementet har i sin stortingsmelding *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (NHD 2008) påpekt at MDI er en fellesbetegnelse for *en prosess hvor medarbeiderne er aktivt med i utviklingen av nye varer, tjenester, produksjonsprosesser eller knoppskyting fra en allerede eksisterende virksomhet.*

Medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser forutsetter at medarbeidere som i utgangspunktet ikke har innovative eller kreative oppgaver i sin stillingsbeskrivelse (ansatt i en seksjon som har primærmål å drive med forskning og utvikling - FoU) er med på organisasjonens innovative arbeid. MDI innebærer at innovasjoner kan springe ut fra medarbeidere på tvers av eksisterende avdelinger og profesjoner (Kesting og Ulhøi 2008:2).

MDI hviler fundamentalt på at medarbeidere har skjulte evner for innovasjon på arbeidsplassen og at dette potensialet kan bli synliggjort, anerkjent, og utnyttet til fordel for både organisasjonen og dens arbeidstakere (Kesting og Ulhøi 2008:3). Dette betyr med andre ord at medarbeidere på alle nivåer i organisasjonen blir ansett som innovasjonskapital for bedriften/organisasjonen, og dermed blir ansvaret for innovasjon utvidet utover FoU-avdelingen i organisasjonen (Sundbo 2011:257).

I følge Hasu m.fl. (2011) bidrar MDI med å ilegge medarbeiderne et slags ansvar for innovasjon i organisasjonen. Et ansvar som vanligvis assosieres med ledende posisjoner i spesialavdelinger som jobber FoU og designutvikling. Hasu m.fl. mener videre at MDI-perspektivet utvider medarbeidernes medvirkning, deltakelse og ansvar i alt fra idegenereringsfasen til den endelige strategiske beslutningsfasen.

### **2.3.1 MDI, et nytt konsept?**

High Engasjement Innovation (Bessant og Caffyn 1997) - senere High Involvement Innovation (Bessant 2003) - har likhetstrekk med MDI på mange måter. Begge begrepene innebærer ideen om at generell involvering av medarbeideren i innovasjon vil føre til en høyere grad av mangfold og fleksibilitet enn det som kan sees i organisasjoner der innovasjonsprosesser blir utført av en begrenset gruppe mennesker (Bessant 2003, Tidd og Bessant 2009, Hallgren 2008). Tidd og Bessant (2009) mener at medarbeidere som får utløp for sine kreative egenskaper og ferdigheter for problemløsning utgjør en enorm innovasjonspotensiale på sin

arbeidsplass. Selv om medarbeiderne kanskje kun har mulighet til å utvikle begrensede, inkrementelle innovasjoner vil summen av alle slike initiativer ifølge Tidd og Bessant (2009:115) ha vidtrekkende konsekvenser.

MDI utspiller seg i sfæren av litteratur om bedriftsentrepreneurship (corporate entrepreneurship) og organisatorisk statsborgerskap (organisational citizenship), og har linker til demokratisk og inkluderende arbeidsliv (participatory design) (Sundbo 2011:256).

Japanske bedrifter anerkjennes ofte for å ha konkurransefortrinn i bil- og elektroindustrien på grunn av deres enestående organisatoriske kapasitet. Deres suksessoppskrift har vært å integrere ordinære medarbeidere i ulike innovasjonsprosesser i organisasjonen (Lam 2005:121). Toyota var kjent for å engasjere hele produksjonslinjen (frontlinje-medarbeiderne) i kvalitetsarbeidet istedenfor å legge det opp som et eget sluttledd. Når hvert ledd la opp sitt arbeid slik at vilkårene for det som skulle utføres av neste ledd ble så gunstige som mulig, åpnet det for store gevinster. Dermed økte det kontinuerlige forbedringsarbeidet kapasiteten for innovasjon (Johnsen og Pålshaugen 2013:36).

### **2.3.2 Demokratiseringen av arbeidsplassen og MDI**

Medarbeiderdeltagelse i forbedring av arbeidsplassen har lang tradisjon i de skandinaviske landene (Sundbo 2011:256). Demokratisering av arbeidsplassen på 1960-tallet startet som en slags motreaksjon mot den rasjonalistiske eller tayloristiske måten å organisere arbeidet på. Som en konsekvens av den økende automatiseringen av arbeidsprosesser krevde fagforeningene større medarbeiderinvolvering i arbeidsplassens forbedrings- og moderniseringsstrategier, med det argumentet om at medarbeiderne har rett til å påvirke sin arbeidsplass (Ehn 1993). Samarbeidsforsøkene ble da etablert for å engasjere den individuelle medarbeider i forbedrings- og utviklingsarbeidet i organisasjonen (Calussen 2001:33). Søkelyset ble satt på forholdet mellom direkte og indirekte medvirkning og medarbeidernes mulighet til reell innflytelse over rammebetingelsene for bedriftsutvikling. Styrerepresentasjon ble særlig trukket frem som en måte på å gi medarbeiderne en inngang til beslutningsorganene (ibid).

Flere ledelseskonsepter (som for eksempel Total Kvalitet og Lean) legger vekt på at ledere har et ansvar for å engasjere medarbeidere i endringsarbeidet, men Claussen (2001:34) mener at en forankring av medarbeidernes medvirkning som kun avhenger av ledelsens velvilje, kan

risikere å redusere medarbeidernes medvirkning til en slags skinndemokratisk deltakelse (ibid). Sentrale grunnleggere av Total-kvalitets-tradisjonen legger vekt på lydhørhet for kreative medarbeideres initiativ fra ledelsen.

Carlzon (1987) brukte ledelsesteknikker, som har likhetstrekk til MDI uten å bruke det eksakte begrepet når han igangsatte fornyelsen av Scandinavian Airlines (SAS) på 1980-tallet. Han satte fokus på at frontlinje-medarbeiderne skulle bidra til fornyelse gjennom sin tilgang på «the moments of truth» som ble skapt av deres daglige interaksjoner på arbeidsplassen. Carlzons ledelesstrategi gikk ut på at alle medarbeidere var ledere over egen arbeidsområde og kunne ta beslutninger så lenge dette var i tråd med målene for organisasjonen (Coruzzi 1987:256). Studier om innovativ arbeidsatferd av blant annet Axtell m.fl. (2000) og Parzefall m.fl. (2008) kan også relateres til MDI. De fokuserte på inkrementelle, prosess-relaterte innovasjoner som stammet fra «gulvet» i organisasjonen. Alle disse studiene trekker frem medarbeidernes innovative evner, men uten å spesifiserer hva slags ansvar eller kontroll medarbeiderne skal ha over innovasjonsprosessen (Sundbo 2011:258).

Etter å ha gjennomgått litteraturen som nevner medarbeiderdrevne innovasjoner, innovative organisasjoner og innovasjoner som stammer fra «gulvet» i organisasjonen ble betingelser som organisasjonskultur og struktur, ledelse, autonomi, samarbeid, og læring utkrystallisert som viktige for MDI (Smith m.fl. 2012, Høyrup 2012, Lam 2005). I de følgende underkapitlene skal jeg posisjonere MDI i innovasjonsteori som omhandler organisasjon, ledelse og læring.

## **2.4 En organisasjon for MDI**

Organisasjoner som ønsker å fremme innovasjon bør ifølge Lam (2005) legge til rette organisatoriske rammer som nettopp understøtter innovasjon. Under dette delkapittelet vil teorier om beslutningsstrukturer og organisasjonsdesign bli utredet med hensyn til MDI.

### **2.4.1 Jakten etter de gode ideene – rasjonalitetsparadokset i innovasjonsprosesser**

Begrenset rasjonalitet innebærer at beslutningstakerne i enkelte situasjoner ikke har full informasjon, og at omgivelsenes forandringer og kompleksitet skaper usikkerhet (Simon 1979). Derfor kan det argumenteres for at menneskelig rasjonalitet er begrenset når det

kommer til satsning på innovasjon, fordi satsning på innovasjon impliserer at man må flytte seg på ukjent farvann, endre rutiner og lage nye stier (Kesting og Ulhøi 2010:69). Når en organisasjon bestemmer seg for å satse på innovasjon vet den som regel ikke hvor det skal begynne å lete. For å planlegge innovasjoner må organisasjoner fatte beslutninger basert på usikker og ofte ufullkommen kunnskap (Newell m.fl. 2007). I følge Kesting og Ulhøi (2008:8) viser erfaringen at slike beslutninger ofte viser seg å være ukloke og kan i mange tilfeller lede til lite effektive resultater eller i verste fall fiasko for hele prosjektet. På den andre siden ville fullstendig rasjonelle beslutninger om innovasjon blokkere enhver mulighet for medarbeiderne å komme med ideer på. Å redusere innslaget av beslutninger fattet på grunnlag av fullstendig og rasjonell kunnskap åpner ifølge Kesting og Ulhøi (2010) muligheten for større medarbeiderdeltagelse i innovasjonsarbeidet.

Beslutninger om å satse på innovasjoner er ufullkomne fordi det alltid finnes en usikkerhet om det er det beste beslutningsalternativet (for å oppnå organisasjonens mål) man går for. Disse beslutningene kan enten være fattet på grunnlag av feil informasjon eller feilaktige konklusjoner (Conlisk 1996), eller så kan jakten etter det beste vedtaket opphøre etter å ha funnet den løsningen som til en viss grad imøtekommer beslutningstakernes ambisjoner (Simon 1979).

Dessuten inneholder ikke den fattede beslutningen i mange tilfeller fullstendig og detaljert informasjon om hvordan dette skal gjennomføres, men inneholder kun rammene for gjennomføringen. Detaljene bestemmes i løpet av implementeringen av beslutningen (Kesting 2007).

I tillegg er det slik at ikke alle avgjørelser er basert på faktisk helhetlig planlegging. Deltakerne i beslutningsprosessen har rett og slett ikke kapasitet til en helhetlig planlegging. De tar isteden snarveier ved planleggingen av prosedyrer og faller ofte tilbake på "beste praksis" og hvordan de pleier å gjøre ting - de automatiserer sine handlinger (Betsch m.fl. 2001, Kesting 2007). De utvikler med andre ord rutiner (Kesting og Ulhøi 2008). Ledelsen i organisasjonen bør ha et reflektert syn over dette paradokset, og anerkjenne at rasjonelle beslutninger ikke nødvendigvis fører til de beste beslutninger, iallfall når man skal fatte vedtak om innovasjoner.

## **2.4.2 Strategisk versus operasjonell kunnskap - skjevt informasjonsforhold**

Conlisk (1996) argumenterer for at informasjonsforholdet mellom ledelsen og medarbeideren i innovasjonsprosesser er skjevt og mangelfull. Grunnen til det er at de ulike aktørene sitter som regel på ulik informasjon som i sum er viktig for innovasjonsprosessen. Forståelsen av kunnskapssamspillet mellom ledelsen og medarbeideren i en organisasjon kan legge grunnlaget for MDI.

Strategisk informasjon som (i) oversikt over hvilke aktiviteter organisasjonen bedriver og hvor suksessfulle de aktivitetene er, (ii) innsikt i organisasjonens overordnede strategi, mål og fremtidsplaner, (iii) kjennskap til sektoren som organisasjonen er en del av og kunnskap om framtidsutsikter når det gjelder markedet, teknologiske fremskritt, reguleringer etc. er noe ledelsen i organisasjonen bør ha oversikt over for å kunne være i stand til å fatte gode innovasjonsbeslutninger (Kesting og Ulhøi 2008). Tilgang til slik kunnskap er vanligvis svært krevende og i noen tilfeller altfor dyr. Kunnskapen som ledelsen besitter er begrenset og ufullkommen fordi de rett og slett ikke har oversikt over hver eneste rutine på det operasjonelle nivået (på «gulvet»). Ledelsen har hverken tid eller ekspertise til å sette seg inn og forstå alle aspekter i rutinene. Den daglige kontakten med kunder og leverandører er heller ikke noe ledelsen nødvendigvis er en del av (Lewis og Reber 1977).

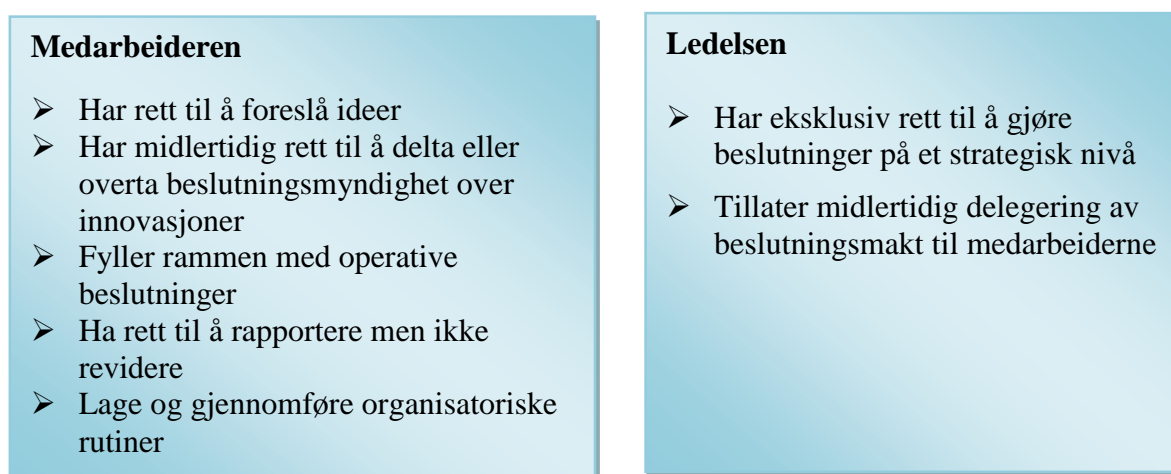
Vanlige medarbeiderne har som regel ikke ansvar eller legitimitet til å fatte beslutninger på vegne av organisasjonen, derfor trenger det heller ikke oversikt over strategisk kunnskap. Deres hovedoppgave er å gjennomføre ledelsens beslutninger. Med hensyn til innovasjon, kan medarbeidere fatte beslutninger på det operasjonelle nivået, så lenge beslutningen befinner seg innenfor det rammeverket som ledelsen har besluttet. For at ledelsen skal kunne revidere sine beslutninger er de avhengige av tilbakemeldinger fra medarbeiderne (Feldmann 2003).

Aasen og Amundsen (2011:157) mener at medarbeiderne er opptatt av å gjennomføre sine daglige oppgaver og rutiner, men de har samtidig en viss oversikt over de andres oppgaver. Som et resultat av den daglige aktiviteten, lærer medarbeiderne prosessdetaljer på det operasjonelle nivået, de fanger opp informasjon gjennom sin daglige kontakt med interne og eksterne og gjennom den erverver seg nyttig kunnskap (f.eks. kundetilfredshet) som ledelsen ofte ikke har tilgang til (ibid). Det er vanskelig å overføre denne kunnskapen til ledelsen ettersom læringsprosessen blant medarbeidere ofte er implisitt eller taus. Ut ifra et MDI-perspektiv kan en derfor argumenter for at ledelsen og medarbeiderne oppfyller hverandre på den måten at ledelsen lager rammeverket som medarbeiderne fyller opp med operasjonelle beslutninger (Kesting og Ulhøi 2008:14).

### 2.4.3 En inkluderende beslutningsstruktur

En avgjørende grunnpilar for MDI er ifølge Kesting og Ulhøi (2008) å inkludere medarbeidere i beslutninger som omhandler innovasjon, jamfør argumentasjonen over.

Som alle beslutninger, er også beslutninger om satsning på en idé en prosess bestående av identifisering, karakterisering, en diskusjon om ulike beslutningsalternativer og tilslutt et endelig vedtak. Ettersom innovasjon leder organisasjonen på ukjent farvann og utfordrer etablerte rutiner, blir også beslutningsstrukturen for innovasjon en kompleks prosess. Denne prosessen kjennetegnes av omfattende kunnskapsinnhenting, en rekke møter, arbeidsgrupper og rundbordsmøter/diskusjonsrunder som ofte resulterer i en forretningskisse og definerte mål og som utgjør grunnlaget for den endelige beslutningen (Hansen og Birkinshaw 2007, Zenas og MacMillan 1985). Det er som regel ledelsen som har siste ordet når det endelige vedtaket skal fattes, men det trenger ikke å bety at man må ekskludere «vanlige medarbeidere» fra beslutningsprosessen. Å inkludere vanlige medarbeidere i beslutningsprosessen kan bety å gi de en mulighet til å delta i arbeidsgrupper, diskusjonsrunder eller til og med i utarbeidelsen av forretningsplanen. Ifølge argumentasjonen om medarbeidernes operasjonelle kunnskap vil inkludering av medarbeidere i beslutningsprosesser være en fordelaktig øvelse av den grunn at det kan skape informasjonsflyt og overføre medarbeideres implisitte og eksplisitte kunnskaps inn i beslutningsprosessen, som ledelsen ofte ikke har fullstendig oversikt over. Medarbeiderdeltagelse i beslutningsprosesser kan også føre til økt medarbeidertilfredshet og anerkjennelse av organisasjonens mål (ibid).



Figur 2: en idealstruktur for beslutninger i MDI, en forenkling av Kestings og Ulhøis modell (2010:75)

I følge normativ beslutningsteori bør organisasjoner, for å kunne skape en effektiv beslutningsstruktur for innovasjon, ha mekanismer som utelukker ideer som ikke er relevant for organisasjonen (Simon 1979). Ideer som ikke er relevant for organisasjonen kan koste tid og ressurser ved å komme langt i prosessen og kan i tilfeller ved begrenset tid og ressurser gå utover gode ideer. Men jamfør rasjonalitetsparadokset som ble diskutert over kan dette til tider være vanskelig, ettersom det å satse på innovasjon er å ta risiko. For å utnytte medarbeidernes kunnskap og kreative potensial er det viktig at slike filtreringsmekanismer sikrer at verdifulle ideer ikke forkastes men derimot når beslutningsstadiet i innovasjonsprosessen (Kesting & Ulhøi 2008). Ut ifra dette kan det argumenteres for at de organisasjoner som klarer å lage modeller som kombinerer effektive beslutningsstrukturer og samtidig har stor terskel for å forkaste ideer, er de som har gode forutsetninger for å gjøre gode innovasjonsbeslutninger.

Rammeverket som ledelsen bestemmer ovenfor medarbeiderne bør ikke inkludere alle detaljer og eventualiteter. Taylorismen taler for at ledelsen snevrer rammeverket så mye som mulig for på den måten å oppnå effektivitet og presisjon (Wagner-Tusukamoto 2007), men Ulhøi og Kesting (2008:20) argumenter for at en slik tilnærming vil være vanskelig å gjennomføre i organisasjoner med høyt utdannede medarbeidere og i kulturer hvor maktdistansen mellom ledelsen og medarbeiderne er kort, som for eksempel i de skandinaviske landene. Hvordan ledelsen definerer rammeverket er avgjørende for omfanget av kunnskap og ekspertise som medarbeiderne kan bidra med. Jo videre definisjonen av rammeverket er, jo enklere blir det for medarbeiderne å ta inn sin kunnskap og ekspertise i utformingen av rammeverket (ibid).

#### **2.4.4 Ulike måter å organisere MDI**

Det er finnes mange ulike måter å organisere MDI i organisasjonen på, og som dekker et stort spekter av ulike medarbeideraktiviteter som omhandler innovasjon. Selv om det er ulike måter å organisere MDI på, så har de til felles at ledelsen i organisasjonen sitter med ansvaret for å tilrettelegge for MDI.

MDI kan være en *nedenfra og opp*, selvinitiert medarbeideraktivitet, men kan også være en *ovenfra og ned* aktivitet hvor ledelsen inviterer medarbeiderne til å foreslå eller utvikle ideer. For å skille mellom de ulike måtene MDI kan organiseres på foreslår Høyrup (2012:10) å dele inn MDI i tre ulike arbeidsmåter.



Figur 3: De tre arbeidsmåtene

Den første arbeidsmåten referer til et *nedenfra og opp* syn på innovasjonsprosessen hvor det er medarbeideren som initierer, utvikler og introduserer innovasjoner i organisasjonen.

Den andre arbeidsmåten dekker et sammensatt bilde hvor medarbeideren initierer en innovasjon og som ledelsen videre velger å adoptere som sin. Ledelsen overtar innovasjonen og systematiserer og generaliserer dens introduksjon i organisasjonen.

Den tredje arbeidsmåten er et *ovenfra og ned* syn på innovasjonsprosessen og går ut på at innovasjoner utvikles av medarbeiderne etter bestilling fra ledelsen. De Spiegelaere m.fl. (2012:5) foreslår tre ytterligere måter en *ovenfra og ned* innovasjonsprosess i MDI kan organiseres på. De kaller de tre arbeidsmåtene for (i) delegering, (ii) rådgivning og (iii) gjennomføring. Disse tre arbeidsmåtene skisseres på følgende måte:

**Delegering:** medarbeiderne inviteres av ledelsen til å generere, utvikle og introdusere innovasjoner på sin arbeidsplass. Ledelsen gir med dette en viss grad av autonomi til sine medarbeidere.

**Rådgivning:** medarbeidernes rolle er begrenset til å foreslå ideer og gi råd om ulike innovasjoner på arbeidsplassen. Ledelsen har beslutningsmyndighet over ideseleksjonen og implementering av innovasjonen. Eksempler på slik involvering av medarbeiderne kan være gjennom forslagsskjema og idemyldringssesjoner.



Gjennomføring: medarbeidernes rolle er i en slik prosess begrenset til å sette innovasjoner på arbeidsplassen i livet. Medarbeiderne har ingen innflytelse på seleksjonen eller utviklingen av innovasjonen men spiller en avgjørende rolle når de eksisterende arbeidspraksiser skal endres for å kunne integrere de nye innovasjonene på arbeidsplassen.

Hvorvidt «gjennomføring» kan bli betegnet som MDI er noe som det kan settes spørsmålsteget ved ettersom medarbeidernes rolle er minimal eller nærmest ikke-eksisterende (De Spiegelaere m.fl. 2012).

### **2.4.5 Idegenerering**

Idegenerering, som i mange modeller for innovasjonsprosesser er det første steget, utgjør den aller første fasen i en innovasjonsprosess for MDI, og innebærer identifisering av eksisterende ideer og oppmuntring til å fremlegge nye ideer. Idegenerering anses som ledelsesoppgave, og krever motiverte og initiativrike medarbeidere som identifiserer attraktive innovasjonsmuligheter og utvikler ideen så langt at den blir fanget opp av innovasjonsprosessen (beslutningstakerne) (Kanter 2000). Medarbeiderne sitter på eksklusiv operasjonell kunnskapen, de har et kreativt potensiale og de har ofte kontakter på tvers og utenfor organisasjonen (Kesting og Ullhøi 2008:16). Derfor er medarbeidere i stand til å se og oppleve ting som ledelsen ikke har mulighet til, og derfor utgjør medarbeidere en kilde til verdifulle ideer som kan resultere i attraktive innovasjoner. Medarbeiderne har et kreativt potensial til å komme opp med verdifulle ideer, men dette kreative potensialet blir ifølge Kesting og Ullhøi (2008:16) ikke utnyttet på grunn av faktorer som blant annet mangel på ressurser, tid og incentiver og kognitive skjevheter.

#### *Tid og ressurser*

Så lenge medarbeiderne ikke er forpliktet gjennom sine arbeidsinstrukser til å generere nye ideer, er det heller ingen grunn til å sette av tid og ressurser til slike aktiviteter.

Medarbeiderne som ønsker å jobbe med og utvikle nye ideer må da bryte organisasjonens retningslinjer/arbeidsinstrukser eller sette av tid i sin egen fritid (Tidd & Bessant 2009).

#### *Incentiver*

Dersom medarbeiderne ikke blir belønnet eller prissatt for sin innovative atferd kan mangel på slike incentiver hemme idégenereringen blant medarbeiderne. Men det kan også være tilfeller

av iboende incentiver (trivsel med å generere nye ideer eller ønske om oppmerksomhet) blant medarbeiderne som kan være nok til å generere nye ideer (ibid). Et eksempel er Carlzon (1987) som belønnet sine medarbeidere i SAS Airlines med en gullklokke dersom de igangsatte innovasjoner som klarte å øke punktligheten på flyavgangene.

#### *Kognitive skjevheter*

Medarbeiderne er i hovedsak bundet av sine arbeidsrutiner og deres hovedoppgave er å gjennomføre sitt arbeid som er nedfelt i rutinene uten å stille spørsmål ved de, og som i verste fall kan til skylapper og status quo (Bazerman 1988).

### **2.4.6 Mekanisk versus organisk organisasjon**

Teorier innenfor organisasjonsdesign og innovasjon fokuserer i hovedsak på linken mellom organisasjonens strukturelle form og dens innovative tilbøyelighet. Analyseobjektet er organisasjonen og hovedforskningen på dette forsøker å identifisere de strukturelle kjennetegnene til en innovativ organisasjon (Lam 2005:116). Burns og Stalker (1961) studerte 20 britiske organisasjoner og fant at effektive organisasjoner i stabile tekniske og økonomiske omgivelser hadde mekanistiske strukturer. Disse var kjennetegnet av høy grad av funksjonell differensiering, presise regler og vertikale kommunikasjonsmønstre. I mer ustabile tekniske og økonomiske miljøer derimot, fant de at mer organiske løsninger var mer effektive. Disse organiske løsningene var kjennetegnet av bred distribusjon av kunnskap, desentralisert beslutningstaking, kommunikasjon i horisontale nettverk og ad hoc kontrollsentre. (Lam 2005:118).

Den mekaniske organisasjonen kjennetegnes ved en rigid struktur og et stabilt og forutsigbart arbeidsmiljø. Organisasjonens mål er delt i spesialiserte differensierte arbeidsoppgaver. Hvilken rolle man har i organisasjonen tilsier hvilke plikter, rettigheter og arbeidsmetoder rollen skal gjennomføre. Denne rollen inngår i en hierarkisk struktur hvor det er klare linjer for kommunikasjon, kontroll og autoritet. Øvre sjiktet i hierarkiet har eksklusiv tilgang til kunnskap om organisasjonen. Intern kunnskap, erfaringer og ferdigheter blir tillagt større viktighet og prestisje enn kollektiv tilgjengelig kunnskap, interaksjon mellom organisasjonsmedlemmer tenderer å være vertikale, ofte mellom overordnet og underordnet (ibid).

Den organiske organisasjonen har en mer flytende form for organisering og er ifølge Burns og Stalker (1961) en passende organisasjonsform for skiftende omgivelsesvilkår som krever rask og innovativ respons. Arbeidsoppgavene ses av de ulike individene i organisasjonen i helhet som driver gjennom vedvarende interaksjon med hverandre en kontinuerlig justering og redefinering av sine egne arbeidsoppgaver. Forpliktelse til å nå organisasjonens mål anses som en kollektiv anliggende og ikke kun en individuell oppgave. Autoritet og kommunikasjon er organisert i et nettverk og kommunikasjonen er ofte lateral, hvor individer av forskjellig rang kommuniserer gjennom konsultasjon i stedet for kommandolinjer. Kunnskap kan eksistere i en vilkårlig instans i nettverket, og denne instansen vil fungere som en base for autoritet og kommunikasjon (ibid).

Den mekaniske og organiske organisasjonen er polare arketyper på hver sin side av et kontinuum. I mange organisasjoner kan man finne en god blanding av begge typene (Lam 2005:118). Lawrence og Lorsch (1967) går enda lenger og mener at mekaniske og organiske strukturer kan sameksistere i ulike deler av en og samme organisasjon, som en respons på ulike behov i de forskjellige instansene i organisasjonen (Lam 2005:119). De sier videre at mekaniske og organiske strukturer i en og samme organisasjon utgjør en forutsetning for den hybride organisasjon som skal takle evolusjonære og revolusjonære teknologiske endringer.

Mintzberg (1979) tar utgangspunkt i Burns og Stalker's (1961) kategorisering av ulike organisatoriske strukturer og presenterer fem måter organisasjoner kan organiseres på og som har ulik grad av innovasjonspotensiale. Han argumenterer i tråd med situasjonsavhengige teorier og slår fast at den suksessfulle organisasjonen er i stand til å identifisere sin egen situasjonen og organisere seg etter den. Mintzbergs (1979) arketyper kan i hovedtrekk forklare i at de byråkratiske strukturer best fungerer i stabile miljøer men som ikke er innovative og tildels sliter med å håndtere utvikling og endring. Ytterst på den andre siden av skalaen har man adhokratier som i likhet med Burns og Stalkers (1961) organiske organisasjon kjennetegnes med organiske og fleksible strukturer som er i stand til å håndtere radikale innovasjoner i turbulente organisasjoner (Lam 2005:119).

Organisasjonstype	Nøkkelfaktorer	Innovasjonspotensiale
<i>Enkel struktur</i>	En sentralisert organisk struktur som er kontrollert av en person og kjennetegnes for sin raske reaksjonshastighet på endringer i miljøet. For eksempel små oppstarts bedrifter	Entreprenørielle og veldig innovative organisasjoner som stadig er på jakt etter markeder med høy risiko. Organisasjonen er svært avhengig av lederen, sårbar for <i>vedkommende</i> sine feil og i tillegg har dårlig tilgang på ressurser.
<i>Maskinbyråkrati</i>	En mekanistiske organisasjon med høy grad av spesialisering, standardisering og sentralisert kontrollregime. Organisasjonens jobber med kontinuerlig standardisering av arbeidsprosesser. For eksempel masseproduksjons bedrifter	En organisasjon som er designet for effektivitet og stabilitet. Styrken ligger i evnen til å håndtere komplekse integreringsprosesser, men på den andre siden kjennetegnes for å være veldig rigid, lite bidrag fra ikke-spesialister og ikke i stand til å håndtere innovasjon og endring.
<i>Fagbyråkrati (Lam:2000)</i>	En desentralisert mekanistisk struktur med profesjonelle individer som har høy grad av autonomi. Karakteriseres gjennom individuell og funksjonell spesialisering, og har en maktkonsentrasjon som tildeles de som har makt og status i organisasjonen. For eksempel universiteter og sykehus.	De individuelle ekspertene (medarbeiderne) kan være veldig innovative innenfor et spesialisert domene, men har problemer for å koordinere seg på tvers av funksjoner, disipliner og avdelinger, og som kan gå utover organisasjonens innovasjonsevne.
<i>Divisjonalisert struktur</i>	En desentralisert organisk struktur med delvis autonome spesialiserte enheter som er løst koblet til en sentral administrativ struktur. Dette er typisk for store organisasjoner som er designet for å møte lokale forhold.	Innovasjon skjer sentralt, mens spesifikk innovasjon skjer lokalt. Styrkene er muligheten til å angripe nisjemarkeder ved hjelp av sentral støtte, kunnskapsdeling, og muligheten til å fokusere innovasjonen på lokale forhold. Svakheterne er friksjon mellom enheter og hovedsenteret, konkurranse og friksjon mellom enkelte enheter, og mangel på deling av kunnskap mellom enheter.
<i>Adhokrati</i>	En organisk og fleksibel prosjekt-basert organisasjon designet for å håndtere ustabilitet og kompleksitet.	Er i stand til rask læring, høy tilpasning og innovasjon. Den ustabile strukturen er utsatt for å ha kort levetid, og risikerer å utvikle

	Medarbeiderne fungerer i grupper som raskt kan omstruktureres for å settes i stand til å håndtere eksterne endringer og markedsconjunkturer. For eksempel IT-bedrifter.	seg til et byråkrati. Styrkene ligger i evnen til å håndtere stor usikkerhet, kreativitet og fleksibilitet. Svakheterne kommer av manglende struktur og regler, noe som kan utvikle seg til interne konflikter.
--	---	---

Figur 4: Mintzbergs (1979) arketyper for organisasjon og deres innovasjonspotensiale (Lam 2005)

Mintzberg definerer organisasjoner som sykehus som fagbyråkratier som kjennetegnes ved en driftskjerne som sin viktigste del. Hovedkjennetegnet for fagbyråkratier er en sterk profesjonsidentitet og stor grad av delegert ansvar. Standardisering av ferdigheter og prosedyrer anses som den viktigste samordningsmekanismen og skjer gjennom koordinering mellom profesjoner. Organisasjonen er relativt formalisert men samtidig desentralisert gjennom delegering av makt (autonomi) til fagfolk, som er høyt utdannede og får tildelt stor beslutningsmyndighet i kraft av sin utdanning og fagkunnskap og som til daglig gir unike tjenester til sine kunder. Toppledelsen er liten og det er få mellomledere. Imidlertid er det en betydelig andel støttepersonell som leverer støtteoppgaver til organisasjonens driftskjerne. Fagbyråkratier eksisterer i store, komplekse, men stabile miljøer, slik sykehus kjennetegnes. Målene for fagbyråkratier er å innovere og gi høy kvalitet på tjenestene. Mintzberg trekker frem spesielt koordineringsproblemer og rivalisering mellom faggrupper, som kan føre til samarbeidsproblemer og styringsproblemer (for eksempel økonomistyring) som vanlige utfordringer i fagbyråkratier. (Mintzberg 1979).

Sykehus kan også ha strukturer som minner om Mintzbergs maskinbyråkrati og den divisjonaliserte strukturen. Et sykehus som organiseres etter maskinbyråkrati-strukturen vil være preget av lite fleksibilitet og en sterk hierarkisk oppbygging. Beslutningsmyndighet ligger på ledernivå og som i stor grad overvåker at regler og prosedyrer blir holdt. Den divisjonaliserte strukturen minner om fagbyråkratiet når det kommer til delegering og autonomi av beslutningsmyndighet. Divisjonene fungerer som selvstyrte avdelinger, med ansvar for å oppnå resultater og produksjonseffektivitet, og konkurrerer ofte med andre divisjoner i samme organisasjon om midler og ressurser.

## 2.5 Innovasjonsledelse for MDI

Organisasjoner som kjennetegnes med et kreativt arbeidsklima vil være organisasjoner som er i bedre stand til å innovere enn organisasjoner som ikke gjør det. Det har blitt introdusert

mange termer som forsøker å forklare organisasjoners holdning til innovasjon, blant annet organisasjonens klima, organisasjonens innovasjonsevne og organisasjonskultur som fremmer innovasjon. Her kommer jeg i hovedsak til å konsentrere meg om ulike forutsetninger ledelsen i organisasjonen bør basere seg etter for å skape et miljø for økt innovasjonsevne blant medarbeiderne.

### **2.5.1 Støtte fra ledelsen**

Det å komme opp med en ny idé kan innebære risiko for negativ eksponering for den som kommer opp med ideen. Man risikerer å bli møtt likegyldighet fra ledelsen eller bli syndebukk hvis ideen blir en fiasko (Smith m.fl. 2012:226). Å foreslå nye ideer innebærer også en kritikk mot eksisterende praksiser eller produkter (Amabile m.fl. 2004). Medarbeidere risikerer også å miste ansikt hvis ideen deres blir dårlig mottatt hos ledelsen som ifølge Clegg m.fl. (2002) kan være en påvirkningsfaktor mot innovativ atferd hos den enkelte medarbeider. Amabile m.fl. (2004) viser gjennom en eksplorativ studie av 7 selskaper og 238 medarbeidere hvordan det eksisterer en positiv sammenheng mellom oppfattet lederstøtte og økt kreativitet blant medarbeiderne. Dette er også i samsvar med studier gjort av Amabile m.fl. (1996) og Oldham og Cummings (1996). Studier av Scott og Bruce (1994) og Tierney m.fl. (1999) viser at støtte fra ledelsen har en påvirkning på indre motivasjon og hvordan det psykologiske klima blir oppfattet. Disse studiene viser også at mangel på initiativer fra medarbeiderne kan ses i sammenheng med mangel på tilstrekkelig støtte fra ledelsen.

Chen (2007) viser gjennom en studie av 112 entreprenørielle team i høyteknologiske nyetableringer i Taiwan at organisasjonens innovative kapabilitet er et resultat av ledelsens støtte for nyskaping, som videre bidrar til mer kreative medarbeiderne. Støtte fra ledelsen er avgjørende særlig i den første fasen av innovasjonsprosessen, nemlig idegenereringsfasen. Denne påstanden underbygges av studier gjort av Bain m.fl. (2001) og Oldham og Cummings (1996) og hvor støtte blir trukket frem som en avgjørende faktor for medarbeiderne å komme opp med ideer. Smith m.fl. (2012:227) argumenterer for at lederens støtte trenges i idegenereringsfasen fordi lederen kan bli oppfattet som en pådriver for å komme opp med nye ideer og kan sørge for at medarbeidere som leverer ideer blir belønnet og anerkjent og gis tilgang på nødvendige ressurser for å fullbyrde sin idé.

Basert på dette kan det argumenteres for at lederstøtte er en viktig forutsetning for MDI. En

leder som viser sine medarbeidere at nye ideer og initiativer ønskes velkommen på arbeidsplassen, kan utløse en motivasjon hos medarbeiderne til å innovere.

## **2.5.2 Autonomi**

En rekke studier trekker frem autonomi som en vital tilrettelegger for innovasjon (van de Veen 1986, Amabile 1988, Amabile m.fl. 1996, De Jong og Kemp 2003). Autonomi ses også på som en ledelseskonsept som ifølge en studie av Sprigg m.fl. (2000) viser hvordan det bidrar til større jobbtilfredshet og mer fleksible og effektive organisatoriske prosesser.

Autonomi som et fenomen innebærer at medarbeidere får en viss frihet til å fatte beslutninger og utføre arbeidsoppgaver uten å bli utsatt for et høyt innslag av oppsyn (Damanpour 1991, De Jong og Kemp 2003). I følge Smith m.fl. (2012:228) viser flere studier at kontrollerende oppførsel i organisasjonen har en negativ effekt på kreativiteten og innovasjonsevnen til organisasjonen (Parker m.fl.1997). Autonomi trekkes frem av Smith m.fl. (2012:228) som et viktig fenomen særlig i idegenereringsfasen i innovasjonsprosessen. De viser til et studie gjennomført av Zhou (1998) hvor det fastslås at medarbeidere genererer flest kreative ideer hvis man arbeider i et arbeidsmiljø som er preget av høy autonomi. Axtel m.fl. (2000) kom til samme resonnement og fant ut at medarbeidere som har bredere og mer autonome roller og som utfører arbeidsoppgaver utover sine kjerneoppgaver vil mest sannsynlig også fremme flere kreative ideer (2000:279). Nonaka argumenterer i samme spor og sier at autonomi i arbeidshverdagen vil forsterke muligheten til å introdusere uventede muligheter (1994:18). Forskningen er mangelfull når det gjelder hvordan autonomi på arbeidsplassen bør praktiseres. En forklaring kan jo være at hver organisasjon må finne sin form, jamfør den situasjonsbestemte teorien, og at det derfor er utfordrende å lansere en modell på organisering av autonomi. På den andre siden handler jo autonomi om ledelse og i hvilken grad lederen velger å vise tillit til sine medarbeidere og dermed gi dem det mulighetsrommet.

## **2.5.3 Samarbeid og kultur**

Organisasjoner som har et arbeidsmiljø med høy grad av samarbeid og en innovativ organisasjonskultur er ifølge Smith m.fl. (2012) bedre i stand til å fremme og legge til rette for MDI.

I følge Perry-Smith og Shally (2003) utgjør sosial påvirkning gjennom gruppeinteraksjon en grunnleggende forutsetning for kreativitet. Dette betyr med andre ord at samarbeid og interaksjon mellom ulike individer og organisasjoner har en positiv effekt på innovasjonsevnen. Individer som deler sine ideer med hverandre eksponeres ifølge Paulus og Yang (2000) for en høyere grad av refleksjon enn individer som jobber alene. Paulus og Yang argumenterer for dette med at ide- og kunnskapsdeling i grupper stimulerer individer til å reflektere over nye dimensjoner. På organisasjonsnivå foreslår Napier og Nilsson (2006) at organisasjoner som etterstreber kreativitet og innovasjon må ha to samarbeidsstrategier på plass; for det første bør det etableres strukturer for samarbeid i organisasjonen, og for det andre identifisere rutiner og prosesser som trolig vil forsterke samarbeidskulturen.

Kulturen for informasjon- og kunnskapsdeling mellom medarbeidere og organisasjoner avhenger ifølge Perry-Smith og Shally (2003) i hvilken grad det eksisterer felles normer og verdier mellom medarbeidere og mellom organisasjoner. Brown og Duguid (1991) og Wenger (1998) viser hvordan læring og innovasjon kan genereres i såkalte praksisfellesskap (Communities of Practice) på arbeidsplassen. Disse praksisfellesskapene er uformelle fellesskap som etableres av individer som deler samme interesser, normer og verdier og derfor ikke er begrenset til de formelle organisasjonsgrensene (Smith m.fl. 229).

Et annet aspekt som trekkes frem i innovasjonslitteraturen er ansattssammensettingen. Her eksisterer det en uenighet om det er heterogen eller homogen sammensetting av de ansatte som vil genere mest mulig innovasjon. Flere studier viser hvordan homogen sammensetting fremstår mer innovative (Flynn m.fl.2001, O'Reilly og Flatt 1989) har et høyere prestasjonsnivå (Watson m.fl. 1993) og har et bedre samarbeidsklima (Cox m.fl. 1991). Heterogenitet i ansattssammensettingen kan også ha negativ effekt på effektivitet (Guzzo og Dickson 1996) ettersom heterogene grupper kan risikere å mangle en entydig forståelse av arbeidsplassens felles kunnskap (Smith m.fl. 2012:229). På den andre skalaen finner vi Jackson m.fl. (1995) som argumenterer for at en heterogen ansattssammensettingen har positiv effekt på gruppens kreativitet og effektiv beslutningstaking. På samme måte fant Bantel og Jackson (1989) at organisatoriske innovasjoner i finanssektoren var positivt korrelert med toppledelsens heterogene sammensetting. Kijkuit og van den Ende (2007) argumenterer med at mangfoldig og variert kunnskap er avgjørende for kreativitet og idegenerering.

Organisasjonskultur er ifølge Ekvall (1996:105) et konglomerat av holdninger, følelser og atferd som karakteriserer livet i organisasjonen og som eksisterer uavhengig av medlemmenes



oppfatninger og fortolkninger. For å fremme samarbeid i organisasjonen bør kulturen ivareta flere hensyn. (i) Ordinære medarbeidere bør anses som partnere og viktige meningsbærere, ikke kun oppgaveutførere. Organisasjonens (ii) holdning og vilje til endring bør være positiv og ikke motvillig. (iii) Ledelsens rolle blir viktig for å legge til rette for nye ideer og initiativer (Kesting og Ulhøi 2008:22).

Høy grad av samarbeid mellom ulike aktører i organisasjonen medfører som argumentert over til utveksling av erfaringer og kunnskap og kan ses på som en fasilitator for kunnskapsdeling som ifølge Perry-Smith og Shally (2003) legger grunnlaget for kreativitet. Høy grad av kreativitet er en forutsetning for MDI (Smith m.fl. 2012).

## 2.6 Læring og innovasjon

De seneste årene har læring i likhet med innovasjon blitt et nøkkelord når man snakker om forhold slik som at markeder er i stadig endring, at organisasjoner i større grad trenger å forholde seg til sine omgivelser og at medarbeideren har større kompetanse (Johnsen og Pålshaugen 2013:93). Høyrup (2012) mener at viktigheten av læring i MDI-perspektivet er sentral fordi læring kan produsere innovasjon og innovasjon må ses som en funksjon av kunnskapsutvikling på arbeidsplassen. Brown og Duguid mener at arbeid, læring og innovasjon må ses på som grunnleggende menneskelige aktiviteter og som potensielt kan virke som komplementære drivkrefter (1991:40).

Innovasjon kan forstås som en prosess bestående av læring og kunnskapsutvikling ettersom nye utfordringer og problemer blir definert, ny kunnskap tvinges frem, og brukes til å løse utfordringene man står ovenfor (Lam 2005:124). Innovasjonsprosesser blir vanligvis initiert for å ta fatt på et problem og løse det. I et sykehusperspektiv kan slike problemer være sykehusets manglende kapasitet til å behandle flere pasienter og behovet for å øke det, et ønske om å behandle en type sykdom eller behovet for å koordinere samarbeid på tvers av avdelinger (Hauknes og Koch 2005:35).

For å kunne løse slike problemer og endre og forbedre organisasjonen mener Hauknes og Koch (2005:36) at de ulike aktørene (individer og organisasjoner) må være i stand til å lære. De, i likhet med mange andre forskere anser læring og innovasjon som et sammenvevd fenomen og trekker frem sosial interaksjon (les: samarbeid) mellom ulike aktører, det være seg medarbeidere, organisasjoner eller andre informasjonskilder, som et viktig fundament for

læring. De mener videre at aktørens evne til å innovere avhenger av deres kapabilitet til å erverve seg relevant kompetanse, forstå det og bruke det (ibid). Evans m.fl. mener læring må bli forstått som en prosess hvor de menneskelige kapasitetene utvides/ekspanderer i, for og gjennom arbeidsplassen (Evans m.fl. 2006). Menneskelige kapasiteter kan forstås som kunnskap og arbeidspraksis (oppførsel) som innebærer at læring fører til en systematisk endring i arbeidspraksis eller kunnskap ervervet gjennom erfaring (Miner m.fl. 2001:305).

Nyere teorier på både organisatorisk læring og læring på arbeidsplassen fokuserer ifølge Elkjær og Wahlgren (2006) i større grad på viktigheten av medarbeiderens mulighet til å delta i organisasjonens praksiser – som samsvarer med MDI-konseptet - som i sin tur utgjør et fundament for læring og utvikling for medarbeideren så vel som organisasjonen.

### **2.6.1 Organisatorisk læring**

Tidligere ble innovasjon ansett som en funksjon av investeringer i FoU og spredning av forskningsbasert kunnskap, mens i dag blir ansett som en funksjon av læring og kunnskapsutvikling som finner sted under produksjon av produkter og tjenester i organisasjoner (Edquist 2005, Lam 2005, Lorenz og Lundvall 2006, Lundvall og Nielsen 1999). Underforstått legger det bredere synet på innovasjon et behov for å anse arbeidsplassen som et læringsarena og ikke bare en produksjonsenhet for varen eller tjenesten som skal produseres (Ellström 2010:27).

De fleste teorier om organisatorisk læring trekker frem kollektiv kunnskap (Lam 2000) som en viktig organisatorisk ressurs (kapabilitet). Kollektiv kunnskap er organisasjonens akkumulerte kunnskap som er lagret i organisasjonens regler, prosedyrer, rutiner og felles normer. Disse elementene styrer hvordan organisasjonens medlemmer samhandler og hvordan de løser problemer. Denne kollektive kunnskapen som Walsh og Ungson (1991) kaller for *den kollektive «minnen»* kan ifølge Lam (2005:124) eksistere i form av lagret data i organisasjonen eller representere kunnskap som skapes i interaksjon mellom organisasjonens medlemmer. Individene innad i organisasjonen og organisasjonen som helhet kan anses som to ulike læringsenheter (Lam 2005:125).

Sosial interaksjon, kontekst og felles kognitive ordninger for læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner er viktige aspekter når en studerer organisatorisk læring (Nonaka 1994, Agyris og Schön 1978, Lave og Wenger 1991, Brown og Duguid 1991,1998). Sosial interaksjon og

utvikling av felles forståelse og fortolkninger i organisasjonen er avgjørende for å kunne utnytte individenes iboende (tause) kunnskap (Lam 2005:125). Dette synet kan forenes med Evans m.fl. (2006) som mener at læring må derfor ses på ikke bare som individuell handling, som en prosess som fremstilles av den sosiale konteksten. En kan derfor argumentere for at læring ikke bare utgjør et spørsmål om kunnskapsoverføring, men også om hvordan læring gir individene mulighetene til å delta i sosiale situasjoner hvor de anses som medlemmer som bringer med seg ny kunnskap og ferdigheter som kan potensielt heve og forbedre deres kompetanse (Evans m.fl. 2006:16). Ut fra dette perspektivet kan en si at læring er en simultan prosess hvor individet tilhører til en sosial gruppe, blir til og dermed utvikler sine ferdigheter, erfarer og gjennom det fortolker betydningen av arbeidsoppgavene og gjennomfører sine arbeidsoppgaver (Lave og Wenger 1991). Ronstad (1989) peker på at alle individer på grunn av sine spesielle erfaringer og livsbaner eksisterer innenfor i en salgs «kunnskapskorridor» og som gjør dem i stand til å utvikle nye ideer.

## **2.6.2 Læring på arbeidsplassen**

De ulike teoriene på organisatorisk læring som er nevnt over i tråd med Ellströms (2010) syn på læring som en naturlig konsekvens av arbeidet med arbeidsplassens daglige gjøremål, og som i sin tur bidrar til utvidelsen av medarbeidernes kapasiteter.

Læring på arbeidsplassen (De Spiegelaere et al. 2012) gir medarbeidere både kapasitet og muligheten til å utforske innovasjonsmuligheter. Organisasjoner lærer når individene i organisasjonen – medarbeiderne – inngår i en kontinuerlig læringsprosess. For å kunne være i stand til å erverve seg og ta i bruk nye egenskaper og ideer må organisasjoner sette sine medarbeidere i stand til å være av en kontinuerlig læringsprosess (Tannenbaum 1997:437). En kontinuerlig læringsprosess består både av formell og uformell læring og kan oppstå i ulike former, både tilsiktete, men også på grunn av den sosiale interaksjonen på arbeidsplassen spontane og utilsiktede former. Fenwick (2003) mener medarbeidere kan lære på arbeidsplassen gjennom å observere andre, gjennom å dele erfaringer og kunnskap, gjennom deltagelse i arrangementer, læring av feiltakelser og læring gjennom individuell og kollektiv refleksjon. Alle disse formene for læring inneholder formelle og uformelle læringsaspekter. Ellström (2010:27) mener innovasjonsforskning har i hovedsak satt søkelyset på formell læring fremfor uformell læring og i stor grad unnlatt å sette fokus på arbeidsplassen som en arena hvor kunnskap og ekspertise utvikles som en del av medarbeidernes læring. Høyrup (2012:22) mener at læring på arbeidsplassen ikke bare er en mental endring eller en sosial

prosess i organisasjonen, men kommer også til uttrykk i håndfaste resultater som nye ideer, ny kunnskap eller nye løsninger.

Læring på arbeidsplassen oppstår ifølge Ellström i skjæringspunktet mellom hvordan arbeidet skal gjennomføres og hvordan det faktisk gjennomføres. Kombinasjonen av forskningsbasert og kodifisert kunnskap og nedfelte arbeidsinstruksjoner og hvordan arbeidet gjennomføres i praksis, gjerne i interaksjon med kolleger utløser drivkrefter for læring og innovasjonsprosesser i en organisasjon (Ellström 2010:32). Evans m.fl. (2006) mener også at læring på arbeidsplassen må forstås som en prosessen medarbeidere gjennomgår og som ekspanderer deres kapasiteter (kunnskap, ferdigheter og kompetanse etc.) gjennom handlinger, erfaring og sosial interaksjon. De mener i likhet med Ellström (2010) at læring på arbeidsplassen omhandler læringsaktivitet som både er forankret i arbeidsprosessen og som er et resultat av den sosiale interaksjonen men også gjennom formelle arbeidsrelaterte læringsprosesser (Evans m.fl. 2006:4).

### **2.6.3 Ulike former for læring - adaptiv læring og utforskende læring**

Av læringsprosesser som kan ha en relevans for MDI trekker Høystrup (2012) frem spontan læring, læring ved problemløsning, adaptiv læring og utforskende læring. Price m.fl. (2012) ser på læring og innovasjon som spontane prosesser, hvor man har å gjøre med et fenomen som i helhet ikke kan underlegges ledelsens kontroll eller planlegges strategisk. Dette synet krever ledelsesstiler hvor ledelsen er i mindre grad kontrollerende og i større grad deltakende. Dette taler med andre ord for mer autonomi til medarbeideren.

Brown og Duguid (1991) og Miner m.fl. (2001) mener at det vanligvis ligger en vesentlig mengde med kreativitet til grunn og en evne til å improvisere når man skal finne løsninger til uforventede problemer som oppstår. Her beveger medarbeideren seg utenfor de organiserte rutinene og formelle plattformer til å klekke ut en idé.

Botkin m.fl. (1979) bruker begrepet «Maintenance learning» på det som kan forstås som adaptiv læring. De forklarer denne type læring hvor organisasjonen går til anskaffelse av varige metoder og regler for å hanskles med kjente og gjentakende situasjoner. Denne typen læring forbedrer evnen til å løse problemer som er kjente for medarbeiderne. Det bidrar dessuten til å opprettholde det eksisterende systemet eller den etablerte måten ting fungerer på (Høystrup 2012:23). Det samme fastslår Ellström (2010:33) som sier at adaptiv læring «har

fokus på å etablere og vedlikeholde vellærde og rutiniserte handlingsmønstre». Fokuset i adaptiv læring er i hvilken grad organisasjonen mestrer de fastlagte oppgavene som for eksempel ved introduksjon av ny teknologi i organisasjonen eller ved endringer av prosedyrer og rutiner (2010:44). Dette kan oversettes til hvorvidt individene i organisasjonen har tilegnet seg «koden» og derav lært hvordan man «bør» eller «må» tenke og handle i ulike situasjoner.

Rutiniserte handlinger blir utviklet gjennom formelle og uformelle læringsprosesser. Et viktig aspekt for adaptiv læring er å redusere variasjon mellom individene når det gjelder oppfatning av og utførelsen av en arbeidsoppgave. Det avgjørende kriteriet for en suksessfull adaptiv læring er når den gjeldende oppgaven kan bli gjennomført raskt og med lav grad av feil (Argote 2012, Argyris og Schön 1978, March 1991). Ellström fastslår at i praksis kan tiltak for å redusere variasjon i utførelsen av en oppgave omfatte formalisering gjennom for eksempel skriftlige regler og instruksjoner, begrenset autonomi og utformingen av klart spesifiserte oppgaver og mål (2010:33). Det kan derfor argumenteres for at adaptiv læring i likhet med enkeltkrets læring utfolder seg i en situasjon preget av høy grad av spesifisering og detaljering når det gjelder situasjonsbildet, oppgavens mål og prosedyrene for å oppnå målet (Høystrup 2012:23). Her dyrkes egenskaper som å gjøre ting raskere, gjøre ting mer presist og sørge for lav grad av feil, ved å rutinisere handlingsmønstre. Dette kan oppfattes som en motpart og en barriere til innovasjon, men Ellström argumenterer for at individer som kan mestre mange aktiviteter uten overdrevne anstrengelser kan derfor allokere oppmerksomhet og tid fra rutineoppgaver til mer kreative oppgaver (Ellström 2006:46). Basert på dette kan man argumentere for at adaptiv læring fasiliterer innovativt arbeid gjennom at de lærte rutinene og handlingsmønstrene fungerer som forutsetninger for å generere frihet til å kunne være kreativ og innovativ (Høystrup 2012:24).

Utforskende læring har likhetstrekk med det March (1991) kaller for utforskningsprosessen og har fokus på praksis (gjøre jobben) som en kilde som fostrer nytenking og kunnskapsutvikling, gjennom for eksempel å fornye arbeidsinstruksjoner for en jobbaktivitet (Ellström 2010:33). Denne fornyelsen og nytenkingen kommer av den naturlige variasjonen som eksisterer i utføringen av arbeidsoppgavene (en gjennomfører ikke samme oppgave eksakt på samme måte to ganger). Ellström (2010) og March (1991) mener at det er nettopp denne variasjonen som kan lede til oppdagelser, ideer og handlinger som under visse forhold kan transformere arbeidsprosessen slik at den blir nedfelt i organisasjonens formelle strukturer og på et senere tidspunkt bli en del av måten arbeidsoppgavene blir gjennomført i praksis (bli spredt til organisasjonen og bli tatt i bruk). En slik læringsprosess legger vekt på individets

kapasitet til selvledelse og beredskap til å stille spørsmål, reflektere og hvis nødvendig transformere etablerte praksiser i organisasjonen til nye måter å gjennomføre arbeidsoppgavene (Ellström 2010:34). Utforskende læring tolket på denne måten medfører handling og læring preget av risiko-taking og atferd for kritisk refleksjon, og tilstrekkelig omfang av ressurser for å eksperimentere og teste alternative arbeidsmåter i ulike situasjoner.

I følge Ellström (2010:34) utgjør ikke konflikter og utvetydigheter på arbeidsplassen nødvendigvis potensielle trusler mot læring eller effektiv arbeidsprosess, men tvert imot utgjør en potensiale for å trigge utforskende læringsprosesser. I motsetning til adaptiv læring, har ikke utforskende læring hverken fokus på å redusere graden av variasjon eller oppnå homogenitet i prosedyrer og praksiser. Utforskende læring har derimot fokus på å utforske variasjon og mangfold i måter man tenker og handler på. Derav vil variasjon i forståelsen av problemer med påfølgende eventuelle løsninger skape et rammeverk for innovative rekombinasjoner (Schumpeter 1934).

#### **2.6.4 Organisatorisk læring – en kombinasjon av adaptiv og utforskende læring**

Ellström mener i likhet med March (1991) at de organisasjoner som klarer å kombinere elementer av begge læringsprosessene (adaptiv og utforskende) som vil være beste være best rustet til å være innovative. Rutiniseringen av praksis og prosedyrer gjennom adaptiv læring er viktig for å lære å takle daglige strømmer av ulike situasjoner, utfordringer og motstridende krav og behov, og samtidig sørge for en følelse av stabilitet og sikkerhet (Klein m.fl. 1993). Calussen (2001:34) mener innovasjon er avhengig av rutiner fordi når endringen er utført så må det sørges for etablering av rutiner og standardisering av de resultatene som er oppnådd. Utfordringen blir ifølge Ellström (2010) når overdreven rutinisering setter skylapper på individene og som hemmer deres evne til å identifisere og håndtere nye ideer. Dette kan også føre til at individene ignorerer eller mistolker situasjoner og muligheter i sine omgivelser og automatisk sørger for å opprettholde stabilitet (Gersick og Hackman 1990).

På den andre siden kan det diskuteres at rutiniserte handlinger kan frigjøre kognitiv belastning og mentale resurser. I den forstand kan rutinisering som en prosess anses som en forutsetning for generering av mer tid til utforskning og variasjon, to forutsetninger som assosieres med kreativitet og utforskende læring. På denne måten vil begge læringsprosessene være komplementære, snarere enn konkurrerende (Ellström 2010:34). Også Weick og Westly

(1996) argumenterer i samme bane og mener at innovasjon ikke kan skje i et vakuum, men må finne sted i et dynamisk spenn med prosesser som endring og utnyttelse (exploitation). Deres utgangspunkt er at organisatorisk læring innehar et element av forstyrrelser ettersom den setter spørsmål med måten arbeidsprosessen er organisert på. Forfatterne mener i likhet mange forskere om organisatorisk læring at læring bryter med etablerte rammer, endrer strukturer og rutiner og setter spørsmålstegn ved kunnskapen som holder organisasjonen samlet (ibid). Utfra dette kan det argumenteres at en organisasjon som klarer å kombinere begge læringsprosessene forklart over vil kunne takle endring, være innovative og legge til rette for MDI.

## 2.7 Oppsummering av teorikapittelet

Jeg har i dette kapittelet belyst teorier som jeg anser som relevante for å svare på avhandlingens problemstilling. Jeg har gjennomgått teorier som anser innovasjon som en kollektiv handling og involvering av flere kilder inn i innovasjonsprosessen som en nødvendighet for moderne organisasjoner som ønsker å takle dagens og fremtidens utfordringer.

Ettersom medarbeideren er i fokus i min avhandlingen har jeg forsøkt å presentere tilgjengelig teori som posisjonerer det nokså ferske begrepet, medarbeiderdrevet innovasjon.

Gjennomgangen viser nettopp at synet på medarbeideren som en innovasjonskilde i organisasjoner ikke er noe nytt og at flere innovasjons-, organisasjons- og læringsteorier har fragmenter av MDI. Innovasjon innenfor sykehussektoren er heller ikke noe nytt, men synet på sykehus som en organisasjon som tilbyr komplekse helsetjenester, og som inkluderer flere aktører inn i organisasjonens innovasjonsaktivitet er en fortsatt ikke ferdig utforsket tilnærming.

Kapittelets hovedvekt har vært å utforske ulike betingelser som kan legge til rette for MDI i en organisasjon. Særlig tre forhold/betingelser utpekte seg i gjennomgangen av litteraturen om MDI; organisasjon, ledelse og læring.

I kapittel 2.4 går jeg gjennom organisatoriske rammer som understøtter MDI. Her argumenterer jeg for at medarbeiderne, ettersom de besitter operasjonell kunnskap, vil være bedre i stand enn ledelsen til å innovere og foreslå ideer som organisasjonen vil få nytte av. Det argumenteres videre at ledelsen, som besitter strategisk kunnskap bør holde seg til å

beslutte rammene for et innovasjonsvedtak og la medarbeideren fylle det vedtaket med egne beslutninger. Med andre ord vil mer autonomi til medarbeideren bidra til bedre beslutninger. For å kunne ta medarbeidernes operasjonelle kunnskap i innovasjonsbeslutninger trenger organisasjoner en inkluderende beslutningsstruktur. Kestings og Ulhøis (2010) idealstruktur for beslutninger argumenterer for at organisasjoner som ser viktigheten av samspillet mellom ledelsens strategisk kunnskap og medarbeiderens operasjonelle kunnskap, nettopp skaper en inkluderende beslutningsstruktur.

Videre i delkapittelet skisseres ulike måter MDI kan organiseres på. Høystrup (2012) og De Spiegelaere m.fl. (2012) mener MDI kan organiseres som en *nedenfra og opp* aktivitet, en *ovenfra og ned* aktivitet, samt ulike kombinasjoner innenfor de to arbeidsmåtene. De opererer med et ganske bredt syn på hva som kan anses som MDI, alt fra et selvinitiert medarbeideraktivitet til aktiviteter der medarbeiderens rolle er begrenset til kun å implementere innovasjonen i organisasjonen. Incentiver og tilgjengelige ressurser blir trukket frem som viktige drivere for idegenerering i organisasjoner. I siste avsnitt av delkapittelet undersøker jeg sammenhengen mellom organisasjonens strukturelle form og dens innovative tilbøyelighet. Organisasjonsteoretikere som Burns & Stalker (1961) og Mintzberg (1979) argumenterer for at organisasjoner som har innovasjon som en hovedoppgave ikke bør være organisert etter rigide og fastsatte strukturer, men bør bære preg av fleksibilitet og rask respons. Organisasjonsstrukturer som innehar elementer av desentralisert beslutningstaking (autonomi), bred distribusjon av kunnskap og samtidig en forutsigbar struktur for innovasjonsaktiviteter vil være i stand til å oppmuntre medarbeidere til å foreslå ideer og innovere. En organisasjonsstruktur som fremmer MDI vil med andre ord ha elementer av den mekaniske og organiske organisasjonsstrukturen. Mintzbergs fagbyråkrati er av en slik art, som både kjennetegnes av en desentralisert beslutningsstruktur, som gir medarbeiderne autonomi over egne arbeidsoppgaver, og en relativt formalisert organisasjonsstruktur som søker å standardisere ferdigheter og prosedyrer, som er et overordnet mål for sykehus. Organisasjoner som sykehus organiseres ofte som fagbyråkratier, og det kan derfor argumenteres for at sykehus i form av dens organisasjonsstruktur vil være en god fasilitator for MDI.

I delkapittel 2.5 belyser jeg sammenhengen mellom innovasjonsledelse og MDI. En ledelse som setter sine medarbeidere i stand til å være kreative og komme med påfølgende støtte dersom medarbeiderne fremmer initiativer, nye ideer og innovasjon, kan utløse motivasjon hos medarbeiderne til å innovere. Graden av autonomi over egen arbeidshverdag og



arbeidsoppgaver har en effekt på organisasjoners innovasjonsevne. Flere ledelsesteoretikere viser nettopp sammenhengen mellom større grad av autonomi til medarbeiderne og økt tilfang av medarbeiderinitierte ideer. Det argumenteres videre i delkapittelet at samarbeid mellom medarbeidere bidrar til høyere refleksjonsnivå og kreativitet og dermed muligheter for innovasjon fra medarbeiderne. Organisasjoner som har strukturer og rutiner for samarbeid mellom og på tvers av individer og avdelinger innad i organisasjoner vil være i bedre stand til å utveksle erfaringer, kunnskap og dermed legge til rette for større refleksjon og kreativitet, som igjen utgjør en forutsetning for MDI.

I siste delkapittel 2.6 forsøker jeg å belyse samspillet mellom læring og innovasjon og hvordan læring på arbeidsplassen kan være en tilrettelegger for MDI. Læring og kunnskapsutvikling på arbeidsplassen oppstår i mange ulike situasjoner og kan både være utilsiktet som en naturlig konsekvens av å utføre de daglige arbeidsoppgavene, eller organisert, i form av kompetanseheving, kursing og videre- og etterutdanning. Organisatorisk læring kan finne sted på individnivå og organisasjonsnivå. Samarbeid og sosial interaksjon anses også i teoriene om organisatorisk læring som en drivkraft for læring og dermed innovasjon. Gjennom samarbeid utveksler medarbeidere og avdelinger informasjon og kunnskap og dermed settes i stand til å reflektere, lære og finne ny kunnskap, nye ideer og nye løsninger. Autonomi over egen arbeidshverdag og frihet til å tolke og gjennomføre de daglige arbeidsoppgavene blir også i teorien om organisatorisk læring trukket frem som viktig for å sette medarbeideren i stand til å lære. Det mulighetsrommet medarbeideren gis til å tolke og gjennomføre arbeidsoppgavene sine, utover de nedfelte arbeidsinstruksene og prosedyrene kan skape en læringsprosess. Uforventede situasjoner og utfordringer som følger gjennomføringen av arbeidsoppgavene skaper også en mulighet for læring dersom medarbeideren får mulighet til å gå utover de nedskrevne arbeidsinstrukser og prosedyrer. Det argumenteres tilslutt at en kombinasjon av adaptiv læring og utforskende læring legger best til rette for læringsprosesser som både ivaretar stabilitet og nyskaping. Med andre ord vil rutiner, prosedyrer og nedfelte arbeidsinstrukser bidra til stabile og forutsigbare organisasjoner og samarbeid og autonomi over gjennomføring av egen arbeidshverdag og de utfordringer det medfølger vil bidra til å skape en organisasjon som bidrar til innovasjon. En kombinasjon av begge læringsprosesser vil sannsynligvis finne sted i et kompleks fagbyråkrati som et sykehus og bidra med å legge til rette for lærende medarbeidere som reflekterer og finner løsninger, ideer og innovasjoner på sine hverdagsutfordringer.



# 3 Metode

*«There are more things in heaven and earth than are dreamt of in our hypothesis, and our observations should be open to them» - Cronbach*

Målet for dette kapitlet er å beskrive de forskningsmetoder som har blitt tatt i bruk i denne masteroppgaven. Kapitlet inkluderer en gjennomgang av de hensyn og beslutninger jeg har gjort underveis når det gjelder valg av metode og datakilder, og hvordan de ble håndtert. Jeg går også gjennom ulike betraktninger jeg gjorde underveis i forskningen når det gjelder reliabilitet, validitet og forskningsetikk.

## 3.1 Vitenskapelig posisjonering

Denne avhandlingen har en hermeneutisk tilnærming, som forenklet kan forklares i at all vår viten bygger på forståelse artikulert som en utlegning av det vi vet noe om (Alnes 2009). Av de vitenskapsteoretiske tilnærmingene som Thaagard (2013) trekker frem, som blant annet etnometodologi, kritisk teori og sosialkonstruktivisme, var hermeneutisk tilnærming den mest hensiktsmessige til gjennomføringen av studiet mitt. Grunnen til det er at hermeneutikken legger vekt på å fortolke folk handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende, og at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thaagard 2013: 41).

Nyeng (2007:73) forklarer at «essensen i hermeneutikken er at mennesket og all vår viten er bundet til historien og vår kulturelle menings- og forståelseshorisont». Alnes (2009) forklarer dette gjennom den hermeneutiske sirkel som innebærer at *"for å forstå noe som har mening (en tekst, en historie, et bilde, en handling) må vi alltid i fortolkningen av enkelthetene gå ut fra en viss «forhåndsforståelse» av helheten som detaljene hører hjemme i. Den forståelse vi dermed oppnår av delene, virker så tilbake på forståelsen av helheten osv."*

I følge Nyeng (2007) gir min forforståelse mening til hva jeg som forsker opplever og observerer, uten at jeg nødvendigvis selv har kontroll over denne meningsdannede prosessen. En kan tolke det slik at det kan være vanskelig å frigi seg selv fra sin forforståelse når en intervjuer informanter. Dette vises også gjennom hvilke spørsmål forskeren stiller, så vel som spørsmål forskeren ikke stiller.

McCracken (1988:18) ser på forskeren i kvalitativ metode som et «instrument» under innsamlingen og analyseringen av datamaterialet (McCracken 1988:18). Miles (1979) peker på lik linje med Kvale (1997) og Nyeng (2007) viktigheten av denne metaforen fordi den impliserer at en som forsker kvalitativt ikke fullt ut kan innfri kvalitative forskningsformål uten å bruke et bredt spekter av sine egne erfaringer, fantasi og intellekt på måter som varierer og er uforutsigbare.

Likeledes påvirker ens oppfatning forståelsen av hva informantene sier, hvilke spørsmål burde stilles, formuleringen av problemstilling, intervjufokus og tolkning (Kvale 1997). Ettersom det ikke gir noe mening å fjerne forforståelsen (Kvale 1997), kan forskeren heller forsøke å være bevisst over egen forforståelse og at den vil ligge som et bakteppe gjennom hele forskningen. Dette gir således begrensninger på min metode og mine forfortolkninger.

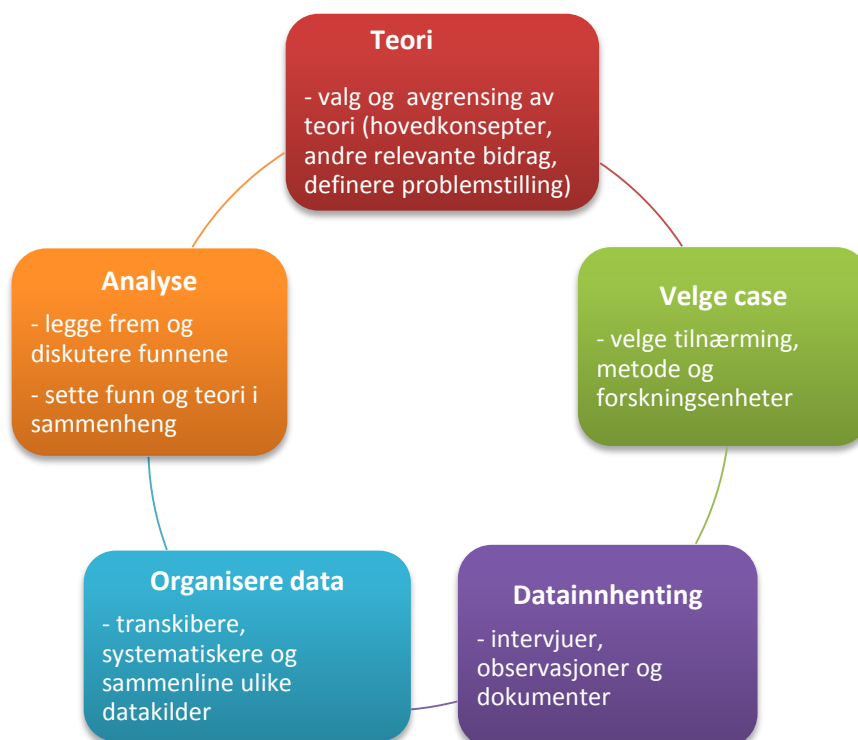
Yin (2009:14) setter søkelyset på teoriinnhentig og mener at selv om forskeren har innsikt i teorien for sin avhandling, betyr ikke det nødvendigvis at svaret på problemstillingen er kjent på forhånd. Han mener forskere kan bruke denne kunnskapen om teorien til å stille de riktige spørsmålene. På den måten kan en argumentere for at en utvidet forforståelse kan ha positive effekter.

## **3.2 Kvalitativ casestudie**

Jeg valgte å benytte meg av kvalitativ metode ettersom det foretrekkes (Meyers 2009) når man skal studere et subjekt (fenomen/tema/område) i dybden. Kvalitative data kan defineres som empirisk informasjon om verden og som ikke er presentert i form av tall (Punch 2005). Denzin og Lincoln (2005:10) fremhever at begrepet *kvalitativ* innebærer å fremheve prosesser og mening som ikke kan måles i kvantitet eller frekvens. Målet med bruk av kvalitativ metode er å komme frem til en forståelse om et sosialt fenomen (Thagaard 2013), og som i dette tilfelle var hvordan MDI utspiller seg i et sykehus. Gjennom å ta i bruk kvalitativ forskningsmetode kunne jeg benytte datakilder som var egnet til å besvare forskningsspørsmål mitt på en hensiktsmessige måte. I tillegg var ambisjonen for forskningsspørsmålet å bidra til en analytisk beskrivelse og som ifølge Grønmo (2004:130) gjøres best gjennom en kvalitativ tilnærming.

Et forskningsdesign kan anses som et logisk rammeverk med mål for øye å veilede forskeren gjennom hvert steg av avhandlingen (Yin 2009:26). Yin mener forskningsspørsmålet i stor grad avgjør hva slags forskningsdesign en bør velge (Yin 2009:8). Hvis forskeren er ute etter å studere fenomener i sin naturlige sammenheng og ta i bruk flere kilder av data, er casestudie et berettiget verktøy for forskeren (Thagaard 2013:49). Casestudier benyttes som design når formålet er å undersøke samtidfenomener i dybden og innenfor en virkelig kontekst, særlig når skillet mellom fenomenet og konteksten er tvetydig (Yin 2009:18). Casestudie er også fordelaktig når en skal forsøke å besvare et forskningsspørsmål som *hvorfor* og *hvordan*. Sett opp mot problemstillingen for denne avhandlingen og på bakgrunn av punktene presisert overfor, anser jeg en kvalitativ casestudie som det naturlige designet for min masteroppgave.

Det finnes ikke en fastsatt måte å gjennomføre et casestudie på, og Yin presiserer at forskeren først og fremst bør anse casestudie som et forskningsstrategi, og ikke som en metode (2009:26). Jeg baserte gjennomføring av denne masteroppgaven på et skissert rammeverket som bestod av definerte sekvenser som strakk seg fra starten til slutten av studiet (ibid). Designet var dynamisk og fleksibelt ettersom fremgangsmåtene måtte kunne endres på grunnlag av den informasjonen dataene ga (Thagaard 2013:48). Et godt design sørger for at prosessen holder en rød tråd i forskerens jakt etter å finne svar på forskningsspørsmålet.



Figur 5: modell av masteroppgavens forskningsdesign

Forskningsdesignet presentert over var en dynamisk prosess hvor jeg måtte gjennomføre flere av sekvensene flere ganger. Hensikten var å sørge for at teorier og empiriske funn ble presentert på en logisk måte.

### 3.3 Valg av case

En case kan være kan ifølge Gomm m.fl. (2000) være en organisasjon, et system og stort sett alt av interesse, men det er dermed ikke sagt at det er enkelt å få adgang til caser. Å få tilgang til caser og relevant informasjon for studiet kan være en tidskrevende og utfordrende prosess (Thagaard 2013).

Som forklart innledningsvis bestemte jeg meg tidlig i forskningsprosessen at jeg skulle studere sykehus som en organisasjon for innovasjon. Bakgrunnen for dette var fordi sykehus kjennetegnes som kunnskapsintensive og kompetansekrevede organisasjoner (Nilsen 2011:12). I tillegg har sykehusene et bredt innovasjonsoppdrag og fungerer som bidragsyttere til mange faser i innovasjonsprosesser. Ideer og utvikling av nye produkter stammer ofte fra innovative medarbeidere, og da ofte medisinsk personale (Thune 2015).

MDI og læring er fenomener som jeg gjennom teorien i kapitel 2 har fremhevet som prosesser og interaksjoner som skjer i forbindelse og i samhandlingen med dagligdagse arbeidsoppgaver og rutiner. Disse fenomenene er i stor grad kontekstspesifikke og kan bli identifisert gjennom fortellinger om erfaringer, assosiasjoner og virkelighetsoppfatninger (Nonaka 1994).

Målet mitt er å studere betingelser for MDI på arbeidsplassen i en virksomhet som anser sine medarbeidere som sin viktigste ressurs og innovasjon og læring som viktige prosesser. Jeg var imidlertid ikke ute etter et a-typisk kreativt, kunnskapsintensivt virksomhet som for eksempel, reklamebedrifter, konsulentselskaper og IKT-bedrifter (Empson 2001, Løwendahl 2005). Jeg var på utkikk etter en stor virksomhet med både manuelle produksjonsenheter, høyt kunnskapsnivå og som hadde medarbeiderinvolvering i innovasjonsprosesser som et uttalt mål.

Jeg deltok på et seminar på Handelshøyskolen BI Oslo om innovasjon innenfor helsesektoren hvor Oslo Universitetssykehus ble trukket frem som en fremtredende aktør på innovasjon, og hadde mål om bred involvering av medarbeiderne sine i innovasjonsprosesser. Jeg valgte på bakgrunn av dette å ta kontakt med ledelsen ved Idépoliklinikken ved OUS. Etter et møte på

Idépoliklinikken med en innovasjonsrådgiver og en seniorrådgiver, fikk jeg samtykke til å bruke OUS som case i forskningen min, og samtidig tilbud om bistand til å finne informanter som kunne være interessert i å delta i intervjuer. Gjennom Idépoliklinikken fikk jeg tilgang på informanter og informasjon om relevante seminarer og workshops. I tillegg ble vi enige om at innovasjonsrådgiveren som jeg var på møte med skulle være min kontaktperson.

Innovasjonsrådgiveren opptrådte som min gatekeeper (Hammersley og Atkinson 2007), gjennom å gi meg tilgang til feltet som jeg undersøkte, informanter og andre ressurser som var nødvendig for å gjennomføre datainnhenting.

Miles og Huberman definerer en case som et fenomen som til en viss grad finner sted i en avgrenset kontekst (1994:25), og derfor kan argumenter for at caset er analyseenheten. Caset under forskning i min masteroppgave er OUS.

## **3.4 Datainnsamling**

I følge Yin (2009:101) er de mest brukte beviskilder (source of evidence) i et casestudie dokumentasjon, arkivdata, intervjuer, direkte observasjon, deltakende observasjon og fysiske artefakter. En stor styrke ved datainnhenting i casestudier er nemlig bruken av flere kilder. I mitt forskningsprosjekt har jeg kombinert flere metoder for datainnhenting; intervjuer, observasjon og dokumentundersøkelse. Eisenhardt (1989) og Yin (2009) argumenterer for at det ikke anbefales å sette sin lit til kun en datakilde ved bruk av casestudie som forskningsstrategi. De anbefaler å ta i bruk trianguleringsmetoden, som gir mulighet til en bedre og utvidet forståelse av fenomenet det forskes på. En måte å gjennomføre trianguleringsmetoden på er å ta i bruk flere datakilder. Ved å ta i bruk flere datakilder fikk jeg informasjon fra ulike innfallsvinkler og aspekter, og som bidro til å sikre reliabilitet til informasjonen som skal brukes. Her er det viktig å understreke at ukritisk bruk av triangulering kan ha sine svakheter og dermed medføre til at sammenligning mellom datakildene ikke nødvendigvis representerer det samme aspektet av det som forskes på. Dette kommer blant annet av at data som samles inn ved hjelp av ulike metoder kommer i forskjellige former og kan være usammenlignbar (Barbour 2001:1117).

### **3.4.1 Dokumentundersøkelse**

Ved dokumentundersøkelse skaffer man til veie data gjennom å samle inn foreliggende kildemateriale. Ettersom jeg ikke har en bakgrunn fra sykehussektoren var det helt avgjørende innledningsvis å samle inn mest mulig dokumenter om sektoren for å en god innsikt i sektoren, organisasjonen, mål og strategier m.m.

Betegnelsen dokument kan ifølge Thagaard (2013:59) benyttes om alle slags skriftlige kilder som er tilgjengelig for forskerens analyser. Disse kan *være skrifter av privat karakter, som dagbøker og brev, eller offentlige skrifter som stortingsmelding og årsrapporter*. Yin (2009:102) peker på flere fordeler ved bruk av dokumentasjon som datakilde. Dokumenter er stabile kilder som inneholder presis informasjon og kan dekke et stort spekter av både tid og handlinger (ibid). Det er imidlertid viktig å understreke at selv om forskeren ikke har innvirkning på hvordan dokumentet er formulert, så vil forskerens forståelse og innfallsvinkel kunne påvirke fortolkningen. Ettersom dokumenter er forfattet med en bestemt hensikt og innenfor en gitt kontekst er det viktig å være kritisk til hvilke dokumenter forskeren velger å bruke som kilder. Det er derfor alltid en risiko at forskeren velger dokumenter som er ensidige og partiske (Yin 2009: 102).

Jeg har i denne avhandlingen tatt i bruk dokumenter som mål- og strategidokumenter, årsrapporter, nettsider, promoteringsmateriell, nyhetsbrev, stortingsmeldinger m.m. Dokumentundersøkelsen bidro til å gi meg en brede forståelse av sektoren og OUS som organisasjon, og gjorde meg bedre rustet til å gjennomføre dybdeintervjuene samt utgjorde god informasjonskilde for analysedelen. Det er viktig å presisere at jeg vurderte dokumentene kritisk ettersom jeg var klar over at de var forfattet for andre hensikter enn mitt forskningsprosjekt.

### **3.4.2 Observasjon**

Et stort sykehus som OUS representerer en omfattende organisasjon som er vanskelig å forstå proposisjonen av uten å tilbringe en del tid der. For meg var det viktig å bruke tid i korridorene, pauserommene og kantine i de avdelingene som jeg skulle gjennomføre intervjuene mine i. Hensikten min med de ustrukturerte observasjonene var først og fremst få et lite innblikk i arbeidshverdagen til medarbeiderne ved avdelingene. Ved å følge den ustrukturerte tilnærmingen gjennomførte jeg observasjonene uten å forhåndsdefinerte kategorier og klassifikasjoner, men med et åpent sinn (Punch 2005: 179). Jeg observerte først og fremst for å forsterke min forståelse. Det samsvarer med det Yin (2009:110) trekker frem



som en fordel ved observasjon; data fra observasjoner belyser ofte ytterligere informasjon om forskningstema, og som antakeligvis kan bidra med en bedre forståelse av konteksten eller fenomenet som forskes på.

Etter flere av intervjuene ble jeg tatt med på omvisning rundt på arbeidsplassen, og jeg fikk dermed mulighet til å se et glimt av hvordan medarbeiderne interagerer med hverandre på arbeidsplassen. Jeg observerte også et lite og overfladisk glimt av forholdene på arbeidsplassen, produkter og arbeidsklima (Yin 2009:109).

Under og etter observasjonene tok jeg notater om aspekter som jeg mente var relevant for min forskning. Feltnotater kan ifølge Thagaard (2013:89) bistå forskeren å bearbeide erfaringer underveis og i det videre arbeidet med analysen av data.

Et av svakhetene ved denne metoden for datainnhenting er risikoen for at hendelser kan gjennomføres på en annen måte på grunn av forskerens tilstedeværelse (Yin 2009: 102). Jeg tilstrebet at mitt nærvær ikke skulle virke inn på undersøkelsessituasjonen, ved å gjøre meg lite bemerket (Thagaard 2013: 79). Yin (2009:111) viser til en måte å gjøre observasjonsdata mer pålitelig (reliabilitet) på, nemlig ved at flere observatører observerer samme situasjoner og deler notater i etterkant. På grunn av avhandlingens omfang var dette dessverre ikke mulig for meg.

### **3.4.3 Dybdeintervju**

Dybdeintervjuene er denne avhandlingens primære kildemateriale, og blir av flere teoretikere trukket frem som hovedkilden til data i eksplorative studier. Ved å bruke denne metoden for datainnhenting kan forskeren *få fylldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilke synspunkter og perspektiver de har på temaer som blir tatt opp i intervjusituasjonen* (Thagaard 2013:95). Hvis forskeren er ute etter å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser så gir intervjuer et særlig godt grunnlag for det (ibid). Kvale (2007:7) definerer et intervju som en samtale som har en struktur og et formål som er bestemt fra den ene parten, nemlig intervjueren.

Fremgangsmåten for gjennomføringen av mine intervjuer var en delvis strukturert tilnærming. Det vil si at temaene jeg skulle spørre om var fastlagt, men at rekkefølgen på temaene skulle bestemmes underveis. Dette ga meg mulighet til *å følge intervjupersonenes fortelling, men samtidig sørge for at temaer som var relevante for problemstillingen ble diskutert i løpet av*

*intervjuet* (Thagaard 2013: 98). Den måten ga meg også fleksibilitet til å spørre spørsmål som gikk utover intervjuguiden og tilpasse spørsmålene til den enkelte intervjupersonens forutsetninger (ibid). Et annet aspekt ved denne intervjuformen var at det lot meg under intervjusituasjonen oppdage hva som var relevant for informanten og dermed relevant for mitt forskningsprosjekt (Dunn 2010:102).

Da jeg skulle velge fremgangsmåte for gjennomføringen av mine intervjuer vurderte jeg en strukturert tilnærming, og som sannsynligvis hadde bidratt til å gjøre sammenligningen mellom svarene fra informantene enklere og mer systematisk (Thagaard 2013: 98). Men den metoden fratrar forskeren muligheten til å komme med relevante oppfølgings spørsmål som synes relevant under intervjuet. Dessuten kan man ikke bevege seg fritt gjennom temaene og dermed mister muligheten til å tilpasse samtalen etter hva informanten føler er viktig å fokusere på (Dunn 2010:109-110). Jeg vurderte også en ustrukturert intervjuform og som ifølge Punch (2005:172) kunne bidratt til anskaffe enda rikere informasjon. En slik intervjuform krever erfaringer i intervjusituasjoner og dyp innsikt i feltet, noe jeg ikke kan påstå å ha tanke med på medisinsk kompetanse. Dette rettferdiggjør valget mitt av delvis strukturert tilnærming som intervjuform. For å være i stand til å anskaffe mest mulig relevant data og at mine informanter skulle ha en viss kunnskap om tema jeg forsket på sendte jeg et notat til alle informanter hvor jeg presenterte meg, min masteroppgave og målet med forskningen uten å gå inn i detaljer.

### **(i) Gjennomføring av intervjuene**

Målet med intervjuene var å erverve rik og detaljert forståelse av hvordan OUS jobber med innovasjon og involvering av sine medarbeidere i innovasjonsprosesser, og anskaffe erfaringer og meninger medarbeiderne har gjort seg om fenomener som innovasjon, involvering, autonomi, ledelse og kultur i OUS. Totalt gjennomførte jeg 10 intervjuer med medarbeidere med ulik bakgrunn, stilling og som arbeidet ved ulike avdelinger i OUS. Jeg ble ganske tidlig i forskningsprosjektet mitt fortalt at det til tider oppleves som utfordrende og vanskelig å kunne skaffe informanter som arbeider ved sykehus. Jeg opplevde gjennom min kontakt med Idépoliklinikken og innovasjonsrådgiveren, som fungerte som min gatekeeper, en anskuelig prosess med å anskaffe informanter til forskningsprosjektet. Jeg laget et rekrutteringsnotat som innovasjonsrådgiveren distribuerte til kolleger i sitt nettverk, som videre meldte interesse tilbake. Jeg benyttet meg altså av en seleksjonsmetode som sikret

forskningsprosjektet mitt et utvalg av personer som var villige til å være med i studiet. Utvelging på denne måten kalles *tilgjengelighetsutvalg*. Utvalget er *strategisk ved at deltakerne representerer egenskaper som er relevante for problemstillingen og fremgangsmåten for utvelgelsen er at de er tilgjengelig for forskeren* (Thagaard 2013: 61).

<b>Informant</b>	<b>Stillingstittel</b>	<b>Klinikk/Stab</b>	<b>Lengde på intervju</b>	<b>Dato</b>
<b>Alpha</b>	Intensivsykepleier for barn og praksisveileder	Kvinne og barneklubben	25 min	04.02.14
<b>Bravo</b>	Barnesykepleier og praksisveileder	Kvinne og barneklubben	28 min	03.02.14
<b>Charlie</b>	Intensivsykepleier og praksisveileder	Stab for Forskning, innovasjon og utdanning	30 min	05.02.14
<b>Delta</b>	Spesialrådgiver	Stab for Forskning, innovasjon og utdanning	27 min	31.01.14
<b>Echo</b>	Mellomleder, bakgrunn som radiograf	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	44 min	31.01.14
<b>Foxtrot</b>	Professor i psykiatri med bi-stilling som overlege ved OUS	Klinikk psykisk helse og avhengighet	45 min	28.01.14
<b>Golf</b>	Rådgiver forskningsledelse, bakgrunn som sykepleier	Stab for Forskning, innovasjon og utdanning	29 min	03.02.14
<b>Hotel</b>	Mellomleder, bakgrunn som lege	Akuttklubben	31 min	04.02.14
<b>India</b>	Fagsykepleier på barneintensiv	Kvinne og barneklubben	28 min	05.02.14
<b>Juliett</b>	Spesialrådgiver, bakgrunn som sykepleier	Stab for Medisin helsefag og utvikling	23 min	17.02.14

Figur 6: Oversikt over intervjuer, med informant, dato, lengde samt nivå.

Som det kommer av tabellen så har jeg valgt å anonymisere mine informanter. I kvalitativ metode invaderer man ofte grensen for personvern (Dowling 2010:28), derfor var det viktig

for meg å følge grunnprinsippet i etisk forsvarlige forskningspraksis, nemlig konfidensialitet (Thagaard 2013:28). Dette var også noe informantene ble opplyst om i forkant av intervju og ved intervjustart. De ble i tillegg gjort kjent med sin fulle rett til å avstå fra intervjuet, og at de når som helst under intervjuet kunne trekke seg og at jeg ville slette all tilhørende data. Jeg forsøkte å vise mine informanter at jeg tok deres personvern på alvor. Informantenes navn har blitt byttet ut med navn fra bokstaveringsalfabetet, mens deres stillingstittel og klinikk (må ikke forveksles med avdeling) er identifisert. Gjennom å anonymisere informantene kan kravene til reliabilitet (forklares grundigere senere i kapitlet) bli svekket. For å unngå det valgte jeg å identifisere stillingstittel og klinikk. Alle informanter godkjente denne identifiseringsmetoden.

## **(ii) Intervjuguiden**

Intervjuguiden (vedlegg 1) laget jeg med utgangspunkt i den teorien jeg baserte rundt forskningsspørsmålet mitt og har den hensikten å hjelpe en uerfaren forsker med å gå gjennom alle intervjuets temaer, holde orden på intervjusituasjonen og planlegge oppfølgingsspørsmål som kan utdype svarene, og dermed gi rikere informasjon (McCracken 1988:40). Etter gjennomføringen av det første intervjuet gi tilbake til intervjuguiden og tilpasset spørsmålene etter hva som var relevant for å besvare forskningsspørsmål og hva som ikke var det. For meg var det viktig å ikke virke stresset og usikker i intervjusituasjonen. Jeg valgte derfor å forberede meg gjennom å studere intervjuguiden og gjennom å få en viss oversikt om informantens arbeidsfelt og arbeidsplass.

Alle intervjuene, med unntak av to ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene. Informantene hadde knapt med tid og jeg var fleksibel med hensyn til intervjusted, tidspunkt og form (alle fikk tilbud om telefonintervju som en sekundær løsning). Gjennom å intervju alle mine informanter ansikt til ansikt var jeg i stand til å ta i bruk visuelle ledetråder til å tolke svar og reaksjoner på spørsmål.

Jeg bestemte meg for å bruke opptaker under intervjuene. Fordelen med å ta opptak av intervjuene er at alt som sies blir bevart og forskeren kan konsentrere seg om intervjupersonen og dennes reaksjoner. Samtidig kan forskeren ha en mer naturlig samtale med intervjupersonen, ettersom forskeren får anledning til å forberede/tenke ut neste spørsmål. Kvale (1997:164) påpeker at bruk av båndopptaker sikrer reliabilitet med hensyn til feiltolkninger.

Bruken av notater reduserer mengden data fordi det er ikke mulig å skrive alt og i tillegg krever det mye av forskeren, at vedkommende skal både spørre, lytte, skrive og stå klar med neste spørsmål (Thagaard 2013:112, Dunn 2010:119). Det er mulig å kombinere begge metodene, men for min del var det tilstrekkelig med opptaker fordi jeg var interessert i å observere intervjupersonenes reaksjon og lese de kroppslige signalene. Bruk av notater kunne ha flyttet min oppmerksomhet bort fra intervjupersonen. På den andre siden kan bruk av opptaker påvirke informantens svar fordi opptakeren gir en påminnelse om den formelle situasjonen et intervju utspiller seg i (Dunn 2010:119).

Ganske raskt etter hvert intervju satte jeg i gang med transkribering av intervjuopptakene. Transkripsjoner er en oversettelse fra et muntlig språk til et skriftlig språk, og som ifølge Kvale (2007:93) er to helt ulike språk. Dette var en tidskrevende prosess, men samtidig veldig nyttig verktøy som inneholder beskrivelse av de ordene som ble sagt, tonefall og bevegelser (Dunn 2010:120). Transkriberingen krevde at jeg måtte velge om jeg skulle oversette ord-for-ord eller omskrive det som ble sagt. Jeg valgte det siste, med vel viten om at jeg risikerte å ikke få med aspekter som kan belyse forskningsspørsmålet mitt. På den andre siden kan omskrivning (Kvale 2007:98) fremheve nyansene i en uttalelse, og dermed lette kommunikasjonen av betydningen bak uttalelsen. En måte å sikre reliabilitet med hensyn til transkribering er ifølge Kvale (2007:98) å lytte til intervjuene flere ganger.

Gjennomføringen av intervjuene var en utfordrende øvelse. På tross av gode forberedelser var intervjusituasjonen en ukjent prosess for meg som en uerfaren intervjuer. Jeg etterstrebet å gjøre intervjusituasjonen som en naturlig samtale, og etter gjennomføringen av de første intervjuene følte jeg en viss beherskelse over prosessen.

### **3.5 Dataanalyse**

Den kvalitative metodens styrke avhenger av kompetansen bak dataanalysen (Miles og Huberman 1994). Å analysere data var en utfordrende øvelse. For meg var det viktig å finne en overkommelig måte å kategorisere og fortolke dataen jeg hadde samlet inn gjennom å lese dokumenter, snakke med informanter og observere situasjoner.

Det finnes ulike måter å sortere data på i kvalitativ forskning, og ettersom det ikke finnes en bestemt tilnærming på dataanalyse som er den riktige er det viktig å være systematisk og

transparent slik at leseren forstår hvordan konklusjonene ble til (Punch 2005). Som forsker er jeg klar over at en ny analyse av samme innsamlede data kan resultere i andre konklusjoner og forståelser, ettersom forskeren er en del av utviklingen av analysen (Dowling, 2010).

Transkripsjonene fra intervjuene bidro til at jeg fikk en stor mengde med data som satt meg i stand til å gå inn i teksten og fremheve de mest åpenbare sammenhenger. Jeg brukte kategoriseringsmetoden hvor disse sammenhengene ble sortert og kategorisert under temaene i litteraturgjennomgangen i kapittel to. Her måtte jeg reflektere både over hvordan enhetene i teksten skulle klassifiseres og hvilke betegnelser jeg skulle gi kategoriene (Thagaard 2013). Ved å kategorisere teksten kunne jeg oppsummere et stort kvantum av data i mindre deler, noe som ga meg en mye bedre oversikt (ibid). Når dataene fra intervjuene ble kategorisert, la jeg informasjon fra de andre datakildene til.

Under arbeidet med data dukket nye temaer og aspekter opp som var ikke redegjort for i tidligere deler av avhandlingen. Jeg gikk derfor tilbake til litteraturgjennomgang for å legge til relevant litteratur og temaer som ikke ble inkludert fra starten, samt kutte ut irrelevante bidrag. Gjennom denne prosessen var jeg i stand til å reflektere over betydningen av materialet og revurderte tidligere ideer og tanker (ibid).

### **3.6 Reliabilitet og validitet**

Begrepene validitet og reliabilitet hører faktisk hjemme i kvantitativ forskning og stammer fra en positivistisk tilnærming, som har vært hovedtendens innenfor naturvitenskap og nå senere deler av samfunnsvitenskapene. Denne tilnærmingen går ut på at det finnes en objektiv sannhet og bruker hypotegenerering og testing for å komme frem til denne sannheten. Selv om hermeneutikken står i kontrast til positivisme har flere forskere adoptert validitet- og reliabilitetsbegrepet til kvalitativ forskning med formål om å kunne vurdere kvaliteten på innsamlede data (Golafshani 2003:597) og for å fremheve troverdigheten av forskningen (Silverman 2011:360).

*Reliabilitet* vedrører kritisk vurdering av hvorvidt prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte (Thagaard 2013: 201). Forskningsfunnene er pålitelige når de kan reproduseres ved å gjennomføre samme forskningen (samme prosedyre og case) på et annet tidspunkt og ved en annen forsker (Kvale 2007:122). Målet med reliabilitet er å minimere feil og skjevheter i et studie (Yin 2009:45). Reliabilitet krever også

at de forskjellige datakildene er i overensstemmelse med hverandre, som betyr at datakildene jobber i samme retning (Punch 2005:95). En måte oppnå høy reliabilitet på er å beskrive prosedyren for gjennomføringen av forskningen (Yin 2009:45). Ved kritisk argumentasjon av valgene som har blitt gjort og hvorfor er dette kapittelet i seg selv en måte å oppnå høy reliabilitet på.

I tillegg til å sikre reliabiliteten av min forskning måtte jeg se på utfordringene knyttet til *validiteten*: var det samsvar mellom de innsamlede dataene og virkelighet? I følge Yin (2009: 41-44) kan validiteten til forskningen deles inn i tre former, construct validity, intern validitet og ekstern validitet. Construct validity innebærer å etablere korrekte operasjonelle mål på konseptet som blir studert (2009:41-42) og kan blant annet imøtekommes ved å ta i bruk flere datakilder. Jeg valgte som nevnt over triangulering av datainnsamling. Ved å samle data gjennom intervjuer, skriftlig informasjon, og observasjoner, var jeg i stand til å få tilgang til data gjennom ulike kanaler og kunne sikre nøyaktigheten av informasjonen.

Intern validitet i casestudier omhandler utfordringen knyttet til det å trekke slutninger. Da må forskeren være oppmerksom på om slutninger som er gjort riktige? Om alle konkurrerende forklaringer og aspekter blitt vurdert? Og om slutningene er lufttette? Yin (2009:43) foreslår blant annet å sammenligne empiriske mønstre med et eller flere forventede mønstre. Hvis mønstrene sammenfaller kan det være med på å styrke forskningens interne validitet (Yin 2009:136).

Ekstern validitet referer til hvorvidt funnene fra en forskning kan overføres (generaliseres) til en større populasjon. En svakhet ved kvalitativ metode som blir trukket frem (Myers 2009:9) er nettopp den manglende muligheten til overføre funn til et større populasjon. På den andre siden, presiserer Yin (2009:43) at det er ikke mål for kvalitative studier å gjøre en slik overføring. Han hevder at målet med casestudier er analytisk overførbarhet, som går ut på å utvide og overføre teorier - ikke statistisk generalisering hvor målet er å liste opp frekvenser (Yin 2009: 15). Kvale og Brinkmann (2009:267) sammenligner argumentasjon for overførbarhet i kvalitative studer med rettspraksis, som tildels er basert på samme type fremgangsmåte. Juristen vurderer om det kan trekkes slutninger fra tidligere saker til den nåværende saken, under forutsetning at situasjonen og betingelsene er de samme (Thagaard 2013:211). Funnene fra forskningen min er trolig svært vanskelig å generalisere til større populasjon i andre kontekster, men det var heller ikke hensikten min med forskningen. Målet

var derimot å undersøke om det teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel to er relevant i den konteksten jeg har valgt.

### **3.6.1 Skjevheter og etiske betraktninger**

Visse skjevheter er trolig unngåelig når man gjennomfører en studie, særlig når sosial interaksjon utgjør en viktig del av datainnsamlingen. Måten jeg som forsker blir mottatt av de som forskes på og den personlig innvirkningen jeg har på de kan selvsagt påvirke den informasjonen jeg oppnår.

Det er ikke en enkel oppgave å identifisere alle skjevheter, men jeg har så langt det lar seg gjør forsøkt å minimere risikoen for skjevheter ved å peke på de mest fremtredende.

Før, under og etter innhenting av datakilder vurderte jeg om det var (i) mangler i måten jeg valgte ut min case og datakilder på, (ii) om jeg hadde innvirkningen på datamaterialet ved å stille ledende spørsmål, stilt dårlig formulerte spørsmål eller manipulert hendelser, (iii) om jeg hadde mistolket dataene, (iv) og om kritisk refleksivitet gjennomsyret gjennomføringen av studien min. Kritisk refleksivitet er en konstant prosess av selvbevisst granskning av seg selv som forsker og forskningsprosessen, men det er dermed ikke sagt at det er en enkel oppgave. (Yin 2009, Dowling 2010).

Forskningsetikk defineres ifølge Dowling (2010:28) som det ansvaret forskeren forpliktelser forskeren har for de involverte i gjennomføringen av forskningen. De involverte kan være sponsorer, offentligheten og sist men ikke minst subjektene i forskningen. Dowling (2010) trekker frem tre aspekter forskeren skal være bevisst over, nemlig personvern og konfidensialitet, informert samtykke og at informantene ikke kommer til skade. Jeg mener at særlig de to første aspektene er tatt hånd om i min studie, ettersom informantene har fått tilstrekkelig med informasjon om tema og formål med studien min, at de har muligheten til å avstå fra intervjuene, at de har muligheten til å trekke seg underveis i intervjuet og anonymisering av informantene. Hensyn til konfidensialitet og informert samtykke i tillegg til å vedlikeholde tillit mellom forsker og informant kan minimere faren for at informantene, som en konsekvens av deltakelse i studien min kommer ut for skade.

Jeg prøvde, etter mitt beste skjønn å unngå handlinger eller valg som kan være etisk betenkelige.



## 4 Empiri og analyse

*«All truths are easy to understand once they are discovered. The point is to discover them» - Galileo Galilei*

I denne delen av avhandlingen vil jeg gjennomgå det innhentede datamaterialet, og sette det opp mot teorien jeg gjennomgikk i kapittel 2. Formålet er å beskrive fenomener som kan være med å belyse avhandlingens problemstilling: *Under hvilke betingelser og hvordan skaper medarbeidere innovasjon ved Oslo Universitetssykehus?*

### 4.1 Innovasjon som en kollektiv handling

«Oslo universitetssykehus skal, i tett samhandling med Universitetet i Oslo, utvikle seg videre som et ledende akademisk senter innen forskning, utdanning og innovasjon. Vi skal levere forskning, utdanning og innovasjon av høy kvalitet innen hele bredden av sykehusets fagområder, samtidig som vi satser strategisk innen utvalgte områder. Innovasjon skal prege arbeidsdagen. Hos oss skal det nytte å tenke nytt.» (OUS 2013b)

«Oslo universitetssykehus skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon. Sykehuset skal bli anerkjent for en åpen innovasjonskultur og være et utviklingslaboratorium for norsk helsevesen. Sykehuset skal fremstå som en attraktiv arbeidsplass hvor ansatte bidrar til å utvikle, validere og ta i bruk de beste behandlingsprinsipper for dagens og fremtidens pasienter.» (UOS 2011)

OUS som landets største og viktigste universitetssykehus har både ambisjoner og et ansvar for å være i front når det gjelder innovasjon. Strategidokumentene for OUS viser at innovasjon nettopp er et viktig satsningsområde for organisasjonen og anses som en oppgave for hele organisasjonen, det vil si alle organisasjonens aktører, både ledere, medarbeidere, pasienter, leverandører osv. Gjennom strategidokumentene fastslår OUS at organisasjonen må gjøres i stand til å fremme innovasjon, og at sykehuset må organiseres deretter. Ved å praktisere en innovasjonskultur som involverer ulike aktører, også de uten FoU-oppgaver skal OUS være i stand til å utvikle en innovativ organisasjon.

OUS erkjenner at innovasjon ikke oppstår av intet eller som en tilfeldig hendelse, men at det er gjennom god ledelse og organisering at innovasjon får blomstre opp i organisasjonen. OUS anser medarbeiderne som viktige aktører i organiseringen av OUS som en innovativ organisasjon. Medarbeiderne skal ikke bare være iverksettere av innovasjonen som ledelsen velger å satse på. De skal både være med å utvikle, teste og ta i bruk nye innovasjoner.

Organisasjoners daglige aktivitet er i hovedsak basert på å oppnå organisasjonens mål. Derfor holder det ikke å undersøke strategimål for å kunne si noe om OUS sitt forhold til MDI. For å

kunne legge frem troverdig og pålitelig empiri ble det, som forklart i metodekapittelet (kapittel tre) gjennomført 10 intervjuer med medarbeidere på ulike nivåer, avdelinger, profesjoner, ansvarsområde osv. Det viser seg at innovasjon ikke er et fremmedord for informantene.

«Innovasjon er nye ideer som utvikles, nye prosjekter som er basert på studier om teknikker som forbedrer helsevesenet. Innovasjon gjør prosesser mer effektivt, mer pasientrettet, og bidrar til større pasientflyt og gir bedre effekt på behandling». Alpha

«Innovasjon er en prosess bestående av både utvikling og spredning av ideer og handler om å utvikle og ta i bruk nye metoder som kan forbedre eller effektivisere arbeidet i hverdagen». Foxtrot

Det er imidlertid flere som peker på at det er et skille mellom innovasjon og det som kan betegnes som forbedringsarbeid. Kriteriet for om det er innovasjon eller forbedringsarbeid må være nyhetsgraden og størrelsen på det som introduseres:

«Innovasjon er å skape noe nytt. Det må innebære et element av nyhet. En ren prosessforbedring hvor man går små skritt der er det et grenseflate hvor man ikke lenger kan kalle det en innovasjon men forbedringsarbeid. Innovasjon har gråsoner både mot forskning, mot utviklingsarbeid og mot kvalitetsarbeid » Hotel.

Dersom en idé resulterer i et nytt produkt, prosess, tjeneste, omorganisering og det bidrar til bedre pasientbehandling og effektivitet på sykehuset så defineres det som en innovasjon. Det kan også argumenteres for at det som blir omtalt som forbedringsarbeid kan være inkrementelle innovasjoner (Schumpeter 1934)

Medarbeiderne ved OUS anser sin arbeidsplass som innovativ og nytenkende og referer blant annet til omstilling av arbeidsplassen etter sammenslåing av Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet i 2009. Behovet for å være innovativ virker som en nødvendighet for OUS:

«Dette er et innovativt sykehus fordi vi er nødt til å være det, selv om vi ikke alltid har masse ressurser så synes jeg vi er veldig nytenkende og flinke til omstille oss, tenke nytt for å løse de utfordringer man møter» Charlie.

Flere av informantene understreket imidlertid at det implisitt ligger i stillingsbeskrivelsen som ansatt ved OUS en forventning om å innovere:

«alle har mye å gjøre, men du kan ikke la være å innovere. På et universitetssykehus har du en plikt til å føre faget videre og utvikle det, det er en del av jobben vår» Echo.

Informantene vedkjenner et kontinuerlig ansvar for å forbedre sin arbeidsplass, noe som motiverer til å bli værende i sin jobb. Medarbeiderne har et kollektivt medansvar for å innovere og skape et godt miljø som er både er faglig oppdatert og i takt med forskningen. Informantene mener det er mange kriterium som kan motivere til å foreslå nye ideer og innovasjoner, blant annet systemer som fremmer nytenking, involvering i beslutninger, ledere

som viser støtte og kontinuerlig læring gjennom sosiale interaksjon og formelle utdanningstilbud.

Variierende kapasitet og interesse hos medarbeiderne gir utsalg i deres oppmerksomhet til innovasjon og vilje til forbedring av sin arbeidsplass. Mens noen medarbeidere vier mye oppmerksomhet til kritisk tenkning og innovasjon, er andre mindre opptatt av innovasjon og mer av det å lykkes i å utføre arbeidsoppgavene slik de er. Det som blir trukket frem som avgjørende forklaringsfaktor for en slik interesse og kapasitet hos medarbeiderne er hvor langt disse er i utdanning og i erfaring. Jo lenger utdanning og bredere erfaring man har akkumulert, jo tryggere kan man være på sine arbeidsoppgaver og dermed frigi tid til å delta i innovativ aktivitet.

### **Teoretisk tilnærming:**

Basert på strategimålene kan det argumenteres for at OUSs aspirasjoner om å utøve en innovasjonskultur som involverer mange aktører, blant annet medarbeiderne har likheter med MDI slik Kesting og Ulhøi (2010) definerer det, nemlig at medarbeiderne skal både være med *å genere og implementere nye ideer, produkter og prosesser*. OUS sine strategimål for medarbeidernes rolle i organisasjonens innovasjonsaktivitet samsvarer også i stor grad med det Nærings- og handelsdepartementet (2008) definerer som MDI; *en prosess hvor medarbeiderne er aktivt med i utviklingen av nye varer, tjenester, produksjonsprosesser eller knoppskyting fra en allerede eksisterende virksomhet*.

Ved OUS vektlegges innovasjonens kollektive vesen og at det er noe som er alle aktørers ansvar å fremme. OUS avviser i sine strategidokumenter forestillingen om innovasjon som en linjær prosess og tillegger ikke ansvaret for innovasjon til en spesifikk avdeling eller institusjon i organisasjonen, for eksempel forsknings- og utviklingsavdelinger (slev om det eksisterer slike institusjoner ved OUS). Ansvaret for innovasjon og utvikling ligger i alle ledd ved OUS og er implisitt nedfelt i stillingsbeskrivelsen for de fleste medarbeiderne. OUS erkjenner dermed at innovasjon kan oppstå i en kontekst der folk er i transaksjoner med andre (Van de Ven: 1986).

#### **4.1.1 Er forskning et hinder for innovasjon?**

OUS som en forskningstung institusjon er en tilrettelegger for innovasjon. Forskning lager ofte grunnlaget for innovasjon. Forskningens posisjon på OUS utpekes imidlertid som

eventuell hindring for å ikke satse på innovasjon som ikke er tilkoblet forskning. Dette skal være et bredt syn blant medarbeiderne.

«OUS er en veldig forskningstung organisasjon hvor forskning og forskningsartikler og priser veier veldig tungt, og du har mange ledere som er professorer, og det kan være at fokuset på forskning gjør at man anser innovasjon som noe som bare durer og går og at det blir bagatellisert». Echo

Skillet mellom forskning og innovasjon, og hvorvidt det kreative arbeidet kan kategoriseres som forskning eller innovasjon er et gjennomgående tema ved OUS.

«Det pågås også en kontinuerlig diskusjon om hva som er forskning og hva som er innovasjon, det kan være veldig vanskelig å skille» Foxtrot.

Det ligger ifølge flere informanter større prestisje for medarbeiderne i å drive med forskning enn med innovasjon. En av årsakene til dette kan være at OUS som et forskningstungt universitetssykehus setter forskning høyere, og at mindre enheter, som for eksempel lokalsykehus sannsynligvis setter mer pris på innovasjon.

«Det å søke innovasjonsmidler i et så stort og forskningstungt sykehus er ikke så stats, det hadde vært mer stas i Tønsberg eller Larvik, altså i mindre miljøer, her får innovasjon en annen status. På OUS er den høyeste statusen man kan ha er å få lov til å drive med forskning på et veldig høyt nivå». Echo

Det kommer frem at mange medarbeidere velger forskning for å finne svar på utfordringer de støter på sin arbeidsplass og at det utgjør ofte en forløper til innovasjon.

«Jeg tror det finnes et stort omfang av innovasjonsideer ute i klinikkene større enn det man kan ane, fordi mange som går i klinikken tenker "hvorfor er det sånn?" og da velger mange forskningsveien for å finne svar på det man lurer på, og det ender ofte opp med et produkt- eller prosessinnovasjon» Golf.

### **Teoretisk tilnærming:**

Som et universitetssykehus med fast samarbeidsstruktur mellom sykehuset og Universitetet i Oslo, verdsettes forskningens posisjon veldig høyt.

Forskningens formål ved OUS er i likhet med innovasjon, å finne løsninger med utgangspunkt i pasientnære kliniske problemstillinger, i tillegg til forskning som bidrar til implementering i klinisk praksis, epidemiologiske prosjekter og helsetjenester (Helse-sør-øst 2013).

Forskning som en forløper til innovasjon er også noe Helse Sør-Øst vedkjenner, nemlig at innovasjon bidrar til å bygge bro mellom modne idéer fra forskningen og nye innovative løsninger. Skillet mellom forskning og innovasjon, og hva man hankses med til enhver tid kan være utydelig, og kommer av at innovasjon er et vitenskapelig felt som utydeliggjør grensene mellom tradisjonelle vitenskapelig felt (Fagerberg & Verspagen 2009). Innovasjon og forskning kan være sammenvevde prosesser og den ene kan lede til den andre og motsatt, men

forskning og innovasjon kan også finne sted hver for seg. Det er stor forskjell på innovasjon og forskning, men det er ikke tvil at den kunnskapen forskningen bidrar med legger til rette for gode innovasjonsmuligheter. Forskning kan ofte utgjøre kunnskapsgrunnet for ideer, og innovasjon kan få ut disse ideene til å bli virkelighet (Fagerberg mfl. 2005). At OUS har det sterke fokuset på forskning er ikke et hinder for innovasjon, tvert imot, kan forskning og medfølgende kunnskapsutvikling bidra til innovasjonsmuligheter. Det som derimot kan være et hinder er synet på forskning som en mer prestisjefull aktivitet enn innovasjon.

## **4.2 Hvordan organiseres medarbeiderdrevet innovasjon ved OUS?**

### **4.2.1 Informasjonsforholdet ledelse - medarbeider**

Det kommer i flere av intervjuene frem at medarbeidere ved OUS ikke besitter strategisk kunnskap i like stor grad som ledelsen i klinikken, avdelingen eller seksjonen gjør. Det er heller ikke intensjonen at medarbeidere skal ha den fullstendige oversikten over den strategiske kunnskapen; avdelingens overordnede mål, budsjetter etc. Medarbeiderne besitter derimot operasjonell kunnskap, som en konsekvens av gjennomføringen av daglige arbeidsoppgaver, kontakt med kolleger, pasienter og leverandører.

Arbeidsdelingen og forståelsen av hvem skal besitte hvilken type kunnskap er utbredt blant informantene og kommer til uttrykk når ideer foreslås, men stanses av overordnede instanser.

«Avdelingsleder ser ikke nødvendigvis nytteverdien av å gjennomføre ideene mine. Årsaken kan rett og slett være at vedkommende må ta flere hensyn, som jeg som idehaver ikke nødvendigvis har oversikt over» Bravo.

«Hvis du har hatt en idé, prøvd den ut i liten målestokk og ønsker å implementere den for alle så kan den stanses av beslutningsprosesser. Det oppleves som en hindring, men det er nok fordi det er flere hensyn å ta, flere enn de idehaver har kjennskap til» Hotel.

Informantene erkjenner sin mangelfulle kunnskap av avdelingens strategiske mål og ressurser, og mener at beslutningshierarkiet fungerer som et filter som ivaretar flere hensyn, hensyn utover det en idehaver har kjennskap til. Ideer strander ofte i et av beslutningsleddene og beslutningsprosessen oppfattes som et hinder for nye ideer.

Ideer blir ofte tatt imot som et godt innspill, men risikerer å strande hos enhetsleder eller avdelingsleder. En av mange årsaker til at ideer ved OUS strander i et beslutningsledd kan være fravær av begeistring fra beslutningstaker. Fraværet av begeistring kan skyldes som

argumentert over strategiske hensyn som ledelsen må ivareta og som idehaver ikke har oversikt over.

Medarbeidere med fagansvar blir imidlertid involvert dersom en beslutning berører deres fagområde. Ved innkjøp av utstyr til seksjonen for eksempel blir de fagansvarlige inkludert i beslutningsprosessen for å bringe inn sin operasjonelle kunnskap. Men det er til syvende og sist ledelsen som sitter med beslutningsmyndighet og fatter vedtak på bakgrunn av strategiske og operasjonelle hensyn (som man får tilgang til gjennom medarbeiderinvolvement i beslutningsprosessen).

Særlig implementeringsfasen blir trukket frem som for prekær til å overlates til den enkelte medarbeider. Flere av informantene mener beslutning om implementering av en idé bør være en leders beslutning og ikke opp til den enkelte medarbeider, nettopp for å styrke standardiseringsarbeidet av arbeidsprosesser i organisasjonen, som er et overordnet mål for ledere ved OUS. Lederne må dessuten ta hensyn til flere aspekter enn det medarbeideren er nødt og i stand til (for eksempel økonomi).

### **Teoretisk tilnærming:**

Det skjeve informasjonsforholdet mellom leder og medarbeider anerkjennes ved OUS. Ledelsen som naturligvis har kjennskap over organisasjonens strategiske informasjon erkjenner at medarbeidernes operasjonelle og dagligdagse kunnskap er verdifull når beslutninger skal fattes (Kesting og Ulhøi 2010, Conlisk 1996). Ledelsen ved OUS har oversikt over organisasjonens drift, aktiviteter, mål, strategier og framtidsutsikter, men mangler oversikt over hver eneste rutine og prosedyre på det operasjonelle nivået. Det kan både være meget ressurskrevende å skaffe seg den informasjonen, og vanskelig å overføre ettersom den ofte er implisitt eller taus (Kesting og Ulhøi 2008).

Medarbeiderne på sin side erkjenner at mangel på strategisk informasjon gjør at ideer og initiativ som fremmes kan være i konflikt med andre hensyn (ressurser, tid etc.). Flere peker imidlertid på viktigheten av at deres operasjonelle kunnskap blir tatt i bruk, nettopp fordi man ofte sitter både på problemet og løsningen (Aasen og Amundsen 2011). Denne erkjennelsen av informasjonsforholdet mellom ulike deler av organisasjon åpner opp for bedre innovasjonsbeslutninger, ettersom de involverer flere aktører som sitter på ulik og viktig informasjon.

Beslutninger om innovasjon kan være krevende fordi den fattes på usikker og ofte

ufullkommen informasjon (Newel m.fl 2007), men det er ikke et argument for å basere beslutninger om innovasjon på fullstendige rasjonell informasjon. I begge ytterpunktene kan resultatet være dårlige innovasjonsbeslutninger. For å reduserer innslaget av begge ytterpunktene er det nødvendig å ha et filter som reduserer risikoen for ukloke beslutninger og en prosess med medarbeiderinvolvering for å redusere innslaget av rasjonalitet. Ved OUS fungerer beslutningsstrukturen som et slikt filter, samtidig er medarbeiderinvolvering en erkjennelse om at rasjonelle beslutninger ikke nødvendigvis er gode beslutninger (Simon 1979, Conlisk 1996). En slik forståelse av innovasjonsbeslutninger bidrar i følge Kesting og Ulhøi (2010) til rette for MDI.

#### **4.2.2 Beslutningsstruktur av MDI ved OUS**

Den formelle beslutningsstrukturen i OUS følger de hierarkiske linjene i organisasjonen og det eksisterer ikke én formell beslutningsstruktur som omhandler involvering av medarbeiderne utover medarbeiderrettigheter som er nedfelt i tariffavtale og arbeidsmiljølov. Det eksisterer derimot flere arenaer for medarbeiderinvolvering som kan fungere som en kanal for å presenterer ideer. OUS skriver i sine strategidokumenter at interne prosesser skal være åpne slik at grunnlaget for beslutningene er tilgjengelige og tydelige for berørte medarbeidere (OUS 2013b:7).

Informantene opplyser at det eksisterer flere flater for involvering av medarbeiderne i mål, strategi, innovasjons- og utviklingsarbeid ved avdelingen.

Månedlige personalmøtene utgjør en arena og en mulighet for medarbeiderne til å luften og diskutere tanker og ideer. Dette er også en diskusjonsarena for medarbeiderne til å delta i utviklingen og fastsettelsen av avdelingens operasjonelle mål. Operasjonelle mål forstås som avdelingens konkrete kortsiktige mål. På personalmøtene møter i tillegg til avdelingsleder og medarbeidere også tillitsvalgt og verneombud. Oppmøte til de to sistnevnte setter personalmøtene i en mer formell kontekst, som fører til at ideer og forslag som tas opp blir behandlet i formelle rammer.

Selv om det er lederen som har beslutningsmyndighet når det gjelder nye ideer og prosjektforslag i avdelingen, opplever flere informanter personalmøtene som en inkluderende arena hvor alle i avdelingen har en mulighet til å forslå ideer og bli hørt.

I tillegg utgjør den daglig kontakten mellom leder og medarbeider en mulighet for medarbeideren til å påvirke avdelingens mål og beslutninger:

«Vi ansatte har stor påvirkningskraft på målene til vår arbeidsplass. Vi har kontinuerlig kontakt med hverandre (leder - ansatt) og man opplever og erfarer ulike ting avhengig av hva man hankses med. Det gir meg mulighet til å si fra til lederen når noe bør gjøres annerledes. Jeg som ansatt opplever at man kan være med og påvirke avdelingens mål» Charlie.

Det er de informantene som har lederansvar som til en viss grad får mulighet til å delta i utviklingen av de overordnede målene. Et eksempel som ble nevnt av en av informantene med lederansvar var da ledelsen i Akuttklinikken gjennomførte en utviklingsprosess av klinikkens overordnede strategi. Utviklingsprosessen involverte mange medarbeidere ved klinikken.

«Noen opplevde at de ble involvert mens noen vil synes at det var greit at dette skjedde uten deres deltakelse. Alle avdelingene i Akuttklinikken var med i prosessen, men det var allikevel en mindre gruppe som utarbeidet dokumentforslaget og la det frem for ledelsen. Ledelsen har en pågående arbeidsprosess for å konkretisere handlingsplanen for inneværende år som også involverer flere medarbeidere» Hotel.

Involvering skjer også ved at ledelsen setter ned ulike tverrfaglige utvalg i avdelingen. Disse utvalgene kan for eksempel få i mandat å lage strategiplan for hvilke produkter som skal kjøpes inn og tas i bruk i egen avdeling. Denne arbeidsmetoden anses av informantene som verdifull, både fordi medarbeideren kan bringe inn sine synspunkter i prosessen, men også fordi det anses som en belønning å bli plukket ut til å sitte i slike utvalg.

Det er målene som utvikles og fattes høyere opp i hierarkiet (på klinikknivå og høyere) som medarbeiderne føler mindre påvirkningsmulighet over. Dette kan for eksempel være klinikkens og OUSs mål, strategier og budsjetter.

I hvor stor grad idehaver blir involvert i innovasjonsprosessen er avhengig av hvilken fremgangsmåte idehaver har benyttet seg av. Å bringe ideen til for eksempel Idépoliklinikken eller Inven2 (forklares senere i kapittelet) innebærer også involveringen av idehaver i flere faser. Blir ideen derimot tatt opp på med nærmeste leder, i en medarbeidersamtale, eller på et avdelingsmøte eksisterer det ingen formelle involveringsmekanismer utover å presentere ideen. At det ikke eksisterer formelle involveringsmekanismer er ikke enstydig med at medarbeiderne ikke blir involvert.

«Personen med ideen blir involvert i ulike deler av innovasjonsprosessen avhengig av hva som er hensiktsmessig. Det er ikke noe fasit på det» Hotel.

Hva som er hensiktsmessig involvering er lederens oppgave å avgjøre. Her spiller lederstil og organisasjonskultur i forhold til involvering av medarbeidere i beslutninger en avgjørende rolle.



Det er ideens størrelse og omfang og hvilke organisatoriske grenser den berører og eventuelt overskrider som avgjør hvor beslutningsmyndigheten skal ligge.

«Hvis det er en god idé til en forbedring som lett kan gjøres så vil det knyttes til lokalbeslutning, men noen av de tingene kommer i berøring med standardiseringsarbeid for hele klinikken eller opplæring som skal foregå på en bestemt måte, og da må beslutningen foretas på et høyere nivå. Beslutningsstruktur vil avhenge av størrelsen av ideen og ringvirkningen den har på resten av organisasjonen» Hotel.

### **Teoretisk tilnærming:**

Involvering av medarbeidere i beslutningsprosesser er en grunnpilar for MDI og verdsettes også ved OUS. Involveringen skjer i varierende grad og har ingen formell fremgangsmåte. Selv om det er ledelsen som har det siste ordet for beslutninger opplever medarbeiderne å bli involvert i beslutningsprosesser (Kesting og Ulhøi 2008). Personalmøter og den daglige interaksjonen mellom leder og medarbeider åpner muligheten for å bringe inn medarbeidernes operasjonelle kunnskap inn i beslutningsprosesser. Involvering ved OUS kan bety slik Hansen og Birkinshaw 2007 foreslår, å inkludere medarbeiderne i ulike deler av beslutningsprosessen. Medarbeiderne blir involvert på bakgrunn av sin ekspertise og kunnskap, og dermed bidrar med å tilføye beslutningsprosessen bedre kunnskapsgrunnlag (ibid), for eksempel ved innkjøp av utstyr til seksjonen.

Innovasjonsbeslutninger som vil berøre rutinene/prosedyrene kun for den gjeldende seksjon og ikke organisasjonen for øvrig kan være gjenstand for lokalbeslutningen ved den enkelte seksjon. I slike tilfeller har medarbeiderne større påvirkningsmulighet over beslutningene, større enn beslutninger som endrer strukturene ved hele OUS, for eksempel en ny behandling som krever samhandling fra flere seksjoner.

Ansvarsdelingen mellom leder og medarbeider i beslutningsprosesser ved OUS har flere likheter med idealstrukturen for beslutninger av Kesting og Ulhøi (2010). Ledelsen ved OUS sitter på beslutningsansvaret og kan ved behov delegerer beslutningsmakt til lavere nivå.

Selv om det ikke eksisterer en formell struktur for involvering av medarbeiderne i beslutninger, finnes det ulike kanaler for å foreslå og påvirke beslutninger. Medarbeiderne ved OUS har rett til å foreslå ideer og rapportere til ledelsen om eventuelle utfordringer ved implementering av innovasjoner. Gjennom stor grad av autonomi i arbeidshverdagen (utdypes ytterligere senere i kapittelet) kan medarbeidere fatte operative beslutninger, så lenge det er innenfor den strategisk rammen som ledelsen ved OUS har besluttet. Jo mindre detaljert den

strategiske rammen er, jo enklere blir det for medarbeiderne å ta inn sin kunnskap og ekspertise og fatte operative beslutninger innenfor rammen. Kesting og Ulhøi (2010) argumenterer for at medarbeidere skal rett til å både delta og overta beslutningsmyndighet over innovasjoner. Det er ikke tilfelle ved OUS ettersom standardisering av prosedyrer og rutiner er et overordnet mål og ansvar. Dette er heller ikke ønskelig av medarbeiderne som presiserer viktigheten av standardisering og minst mulig forekomst av variasjon i implementering av innovasjoner.

### **4.2.3 Flere fremgangsmåter for den innovative medarbeideren**

Når en medarbeider ved OUS har en idé finnes det flere veier å kanalisere dette gjennom. Casestudien viser at det er en variasjon i kjennskap til og bruk av de ulike måtene blant informantene. Det var likevel tre fremgangsmåter som ble utpekt dersom man hadde en idé; levere ideen til nærmeste leder (ofte avdelingsleder), levere ideen til Idépoliklinikken og levere ideen til Inven2.

Den enkleste måten og som flere informanter peker ut som den mest anvendte fremgangsmåten på sin arbeidsplass, er å presentere ideen for sin nærmeste leder og få mulighet til å arbeide med ideen ved siden av sine primære arbeidsoppgaver. Det betyr at lederen må frigi tid og ressurser og ikke minst ha tro på ideen/prosjektet for at idehaver skal få lov til å sette ideen ut i livet. Flere av prosjektene som informantene jobber/har jobbet med ender opp i innovasjoner som bidrar til bedre pasientbehandling; produkter, prosesser og tjenester som forbedrer og effektiviserer arbeidet. Denne fremgangsmåten er ikke formell og ikke organisert i den forstand at det avhenger av medarbeiderens motivasjon og pågangsmot, samt lederens tro på ideen og velvilje til å frigjøre tid og ressurser.

Den andre måten er å henvende seg til Idépoliklinikken ved OUS. Hensikten med Idépoliklinikken, som ble etablert i 2007, er å bidra til at ideer som oppstår i forskning og i klinikken kommer pasienter og samfunnet til nytte. Idépoliklinikkens hovedoppgave er å ta imot ideer, vurdere og bistå idehaver i innovasjonsprosessen. Dette gjøres ved at idehaver registrerer ideen i en web-basert nettportal. Alle medarbeidere ved OUS, samt pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og leverandører kan sende inn ideer til idémottaket.

Ideen som sendes inn må være ny, nyttig og mulig å gjennomføre. Idépoliklinikken filtrerer ideer gjennom en prosessflyt med kriterier for hva som avgjør om ideen skal steges videre. Prosessflyten består av:

1. Idémottak: Alle innmeldte ideer kommer til idémottak hvor det blir foretatt en første vurdering. Hvis ideen vurderes å ha tilstrekkelig nytteverdi vil den flyttes til steg 2.
2. Vurdere: Ideen vurderes etter gitte kriterier av Idépoliklinikken og i samarbeid med ideinnmelder og eventuelt andre ressurspersoner. For at ideen skal bli et innovasjonsprosjekt, må den forankres på relevant ledernivå.
3. Utrede: Ideen er blitt et innovasjonsprosjekt hvor sykehuset er villig til å sette av ressurser til videre utredning. Prosjektplan utarbeides.
4. Utprøve: Her blir ideen utprøvd og evaluert i liten skala.
5. Iverksette: Hvis utprøving er vellykket, sendes anbefaling til ledelse om iverksetting.

I figuren under skisseres hvordan ideer prosesseres gjennom hos Idépoliklinikken.



Figur 7: hvordan ideen prosesseres gjennom Idépoliklinikken (Idépoliklinikken 2016)

Idépoliklinikkens mål er å øke antallet implementerte innovasjonsprosjekter i sykehuset. Flere av ideene som leveres til Idépoliklinikken utvikles underveis i innovasjonsprosessen gjennom testing av ideen i praksis og tydeliggjøring av mål og gevinster (Idépoliklinikken 2013). Den web-baserte nettportalen for registrering av ideer fungerer i tillegg også som et verktøy for idegenerering, åpen innovasjon, og kommunikasjon (og spredning) av nye ideer som enten er i utprøvningsfasen eller iverksettelsesfasen.

Den tredje fremgangsmåten er å ta i bruk Inven2, som er et innovasjonsselskap som har i oppgave å kommersialisere ideer som medarbeidere ved Universitetet i Oslo og ved sykehus i Helse Sør/Øst har levert inn på den web-baserte nettportalen inven2.no. På samme måte som



Figur 8: hvordan ideen prosesseres gjennom Inven2 (Inven2 2016)

Idépoliklinikken kan medarbeidere, pasienter og andre som er tilknyttet OUS levere ideer med kommersialiseringspotensiale. Kommersialiseringen skjer gjennom enten ved å etablere nye

selskaper eller ved å lisensiere ut teknologi til eksisterende industri (Inven2 2015).

Prosessflyten for evaluering av ideer hos Inven2 har likhetstrekk med prosessflyten som utføres hos Idépoliklinikken.

1. Idéspeiding: Inven2 jobber aktivt med innhenting av idéer på Oslo Universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Alle medarbeiderne ved disse institusjonene skal ha sin personlige Inven2-kontakt.

2. Vurdering: Når en medarbeider sender inn sin idé til Inven2 blir den nøye analysert ut fra teknologiske krav, det vurderes om den kan rettighetsbeskyttes og om den har kommersielt potensial. Kommer ideen gjennom dette måløyet opprettes et prosjekt som tildeles ressurser. Vurderingen vil skje i samarbeid med idehaver og man vil få et svar av innen 2 måneder.

3. Markedsanalyse: Når idéen er tatt opp som et prosjekt, vil Inven2 legge en kommersiell strategi i form av et forretningskonsept hvor man avdekker markedsbehovet og avklarer nødvendige tiltak for å bringe idéen fra teknologi til produkt. Dette arbeidet pågår gjennom en tett dialog med industri og næringsliv for å avdekke behov og kriterier for vellykket kommersialisering. Basert på den kommersielle strategien vil også en strategi for rettighetsbeskyttelse utformes.

4. Verifisering: Verifisering av teknologi og marked er nødvendig for å bringe idéen fra teknologi til produkt. Dette er en svært ressurskrevende fase som forutsetter offentlig finansiering. Norges Forskningsråds FORNY-program er en svært viktig aktør for å realisere idéer i denne fasen.

5. Realisering: Inven2 sitt mål er å lisensiere ideen til eksisterende næringsliv eller opprette nytt næringsliv med basis i idéen. Inven2 lager en forretningsplan eller detaljert strategi som brukes for innhenting av kapital eller lisensiering av idéen. Idéhaver mottar 1/3 av netto lisensinntekter.

6. Selskapsutvikling: Inven2 følger tett opp de nystartede teknologiselskapene eller partnere man har inngått avtale med. Målet er at selskapene skal være så selvstendige som mulige og at de skal ha økonomisk frihet til å utvikle seg innenfor den forretningsplanen som ligger til grunn for etableringen (Inven2 2015).

Idépoliklinikken og Inven2 blir trukket frem som nyttige verktøy hvor medarbeiderens ide blir satt i system og prosesseres videre. Disse blir ansett som idemottak og samtidig en slags

fabrikk hvor idehaver er delaktig i flere av faser av innovasjonsprosessen. På den andre siden eksisterer den en uvisshet blant informantene om funksjonen til disse institusjonene.

«Jeg anser Idépoliklinikken som såpass overordnet instans at jeg aldri har hatt noen ideer som jeg mener var passende å melde inn der» India.

Mangel på et formelt nettverk rundt de som har nye ideer og som kan være med på å bistå til å videreutvikle disse ideene oppfattes som en barriere for innovasjon på OUS.

«Når en medarbeider behøver bistand av den typen Idépoliklinikken tilbyr så bør det være mekanismer som kan fange opp dette og sette det inn i en sammenheng. Idépoliklinikken er et urolig viktig bidrag for å fremme innovasjon ved OUS, men trenger tid for å bli kjent over hele OUS» Hotel.

Flere informanter mener Idépoliklinikken utgjør et sentralt ledd innovasjonsarbeidet ved OUS, som også viser et behov for en lignende organisasjon som ligger nærmere medarbeiderne. Idépoliklinikken ble etablert i 2007 og Inven2 i 2010, og begge institusjonene har fortsatt en tvetydig rolle blant OUS sine medarbeidere. I den forbindelse arrangerer Idépoliklinikken flere fagdager ute i avdelingene, og har det seneste året arbeidet med å etablere innovasjonskontakter ved hver klinikk, slik at medarbeiderne ved klinikkene skal ha og føle mindre avstand til Idépoliklinikken. Innovasjonskontaktens rolle er fortsatt under utarbeidelse, men en av oppgavene er å sette idehaver i kontakt med Idépoliklinikken. Invet2 har i likhet Idépoliklinikken også etablert egne Invet2-kontakter både ved OUS og Universitetet i Oslo.

### **Teoretisk tilnærming:**

Alle tre fremgangsmåtene etterlever Høyrup (2012) og De Spiegelaere m.fl. (2012) sine ulike måter MDI kan organiseres etter. Ved OUS finnes eksempler på innovasjonsprosesser som både representerer et *nedenfra og opp* syn hvor medarbeiderne initierer innovasjonsaktivitet, og et *ovenfra og ned* syn hvor ledelsen involverer medarbeiderne i innovasjonsaktiviteten. Litteraturen som omhandler MDI og hvilke innovasjonsprosesser som kan kategoriseres som MDI-prosess er fortsatt i startgropa og er derfor ganske ufullstendig. Det er sannsynligvis en av forklaringene til hvorfor det opereres med et veldig vidt begrep på hva som kan kategoriseres som en MDI-prosess. En annen forklaring på den vide definisjonen, og som Høyrup (2012) trekker frem, er at MDI-konseptet dekker et bredt spekter av komplekse prosesser som både kan inneha formelle og uformelle dimensjoner og et *nedenfra og opp* og *ovenfra og ned* syn på innovasjon.

Det vil si at en innovasjonsprosess hvor medarbeideren foreslår en idé, får avsatt ressurser til å utvikle ideen og ender opp med å få implementert ideen, blir ansett som MDI. Men også en

innovasjonsprosess hvor ledelsen ved klinikken velger å teste en ide og involverer medarbeidere ved den aktuelle klinikken i utviklingen av ideen, også blir ansett som en MDI-prosess. Medarbeidernes rolle i innovasjonsarbeidet til OUS eksisterer både i form av *nedenfra og opp* tilnærming og *ovenfra og ned* tilnærming, men det er den siste tilnærmingen som er den dominerende ved OUS. Alt fra *delegering*, hvor medarbeideren inviteres fra ledelsen til å generere, utvikle og introdusere innovasjoner på arbeidsplassen til *gjennomføring*, hvor medarbeiderens rolle er begrenset til å sette innovasjoner på arbeidsplassen i livet. Hvorvidt det siste kan regnes som en MDI-aktivitet kan diskuteres. Kesting og Ulhøis (2010) og Nærings- og handelsdepartementets definisjon av MDI klargjør ikke hvorvidt en innovasjonsprosess hvor medarbeiderens rolle er begrenset til å implementere innovasjonen på sin arbeidsplass kan regnes som en MDI-aktivitet. Bokstavelig tolket kan en argumentere for at all implementering av innovasjoner er en form for MDI fordi det er noen som implementerer innovasjoner.

Å ta i bruk den mest anvendte metoden, nemlig presentere ideen for sin leder, forplikter lederen dersom man får aksept for ideen og man kan faktisk arbeide med ideen som en del av sin arbeidshverdag. Her er terskelen stor for å få gjennomslag hos lederen og få lov til å gå videre med ideen, naturligvis på grunn av ressurshensyn (diskuteres videre i kapittelet). De to andre metodene forplikter ikke lederen eller avdelingen i like stor grad. Dersom ideen blir akseptert av Idépoliklinikken eller Inven2 blir idehaver sannsynligvis nødt å gå utover sine arbeidsoppgaver og bruke sin fritid på det. Den aller mest foretrukne fremgangsmåten, og som flere av informantene anbefaler, er å gå via leder, og deretter få vedkommende med på ideen og videre leverer denne til enten Idépoliklinikken eller Inven2. På denne måten vil idehaver mest sannsynlig få frigitt ressurser av leder og man kan arbeide med ideen som en del av sin arbeidshverdag, samtidig som ideen prosesseres i Idépoliklinikken/Inven2. Denne fremgangsmåten gjelder ideer som krever ressurser og utvikling av ideen utover det avdelingen selv er i stand til. Forslag på forbedringer ved arbeidsplassen, og som ikke krever prosessering gjennom Idépoliklinikken eller Inven2, kan presenteres for leder, få aksept og settes ut i livet. En slik innovasjonsprosess kan sammenlignes med det De Spiegelaere m.fl. (2012) kaller for *delegering*; at lederen velger å overlate utvikling og implementeringen av ideen til idehaver. Dersom leder velger å begrense medarbeiderens rolle til å kun foreslå ideer og involvere dem til råd i utviklingen av ideen kalles denne typen innovasjonsprosess for *rådgivning* (ibid). Innovasjonsprosessen knyttet til bruk av Idépoliklinikken og Inven2 kan også karakteriseres som rådgivning, ettersom institusjonen (Idépoliklinikken/Inven2)

«overtar» ideen og involverer idehaver der det er hensiktsmessig. Det kan argumenteres for at fremgangsmåtene (foreslå ideen for leder, ta i bruk Idépoliklinikken, ta i bruk Inven2 og kombinasjoner av disse) som har blitt identifisert ved OUS bærer preg av et *ovenfra og ned* syn på innovasjonsprosessen, jamfør De Speigelaere m.fl. (2012), men som likevel kan betegnes som MDI. Medarbeiderne ved OUS har mulighet til å foreslå ideer, bli inkludert i utviklingen av ideene, og få mulighet til å implementere disse, men det er til syvende og sist ledelsen/innovasjonsinstitusjonen som utfører ideseleksjonen og kontrollerer innovasjonsprosessen i sin helhet.

#### 4.2.4 Idegenerering

Idegenerering på områder som fagutvikling, arbeidsprosess, nye produkter, tjenester og forbedringer i arbeidsmiljø er ifølge flere informanter en kontinuerlig prosess som foregår hverdag på sykehuset.

Det er ikke mangel på ideer ved OUS. Årsaken er sannsynligvis at OUS er en fersk organisasjon som fortsatt forsøker å finne sin optimale organisasjonsform for best pasientbehandling, som stort sett har høyt utdannende medarbeidere, og som i sitt daglige arbeid støter på både muligheter og utfordringer i møte med pasienter, prosedyrer, samarbeidpartnere etc.

I teoridelen ble det argumentert for at faktorer som incentivordninger, tilgjengelige ressurser og motvirkning av status quo var viktige for å generere flere ideer. Det blir i OUS ansett som leders oppgave å sørge for at gode ideer ikke bare forblir i hodet til medarbeiderne og at ideene blir manifestert på en eller annen måte. De overnevnte faktorene ble trukket frem av flere som viktige for idegenerering, selvsagt i tillegg til lederstøtte (som blir diskutert senere i kapitlet).

##### *Incentivordninger for innovasjon*

Det eksisterer ingen formelle incentivordninger for genereringen av nye ideer ved OUS, men det er dermed ikke sagt at det ikke eksisterer uformelle og iboende incentiver for å gjøre det.

«Man får ikke belønning når man leverer en god idé eller driver et prosjekt, men medarbeidere som er kreative og initiativrige blir ofte ansett av avdelingen som en ressursperson innenfor det domenet de spesialiserte seg i. Da kan belønningen være at ressurspersonen får mulighet til å reise på møter, seminarer og konferanser. Hvis du er interessert i nyresviktpasienter og den nyeste utvikling på den fronten så kan det føre til at du blir en resurs og underviser dine kolleger i den nykunnskapen du

besitter. Og hvis det dukker opp en konferanse om nyrepasienter i Berlin så blir det en selvfølge at du som ressursperson skal få reise. På en måte er det belønningen for din nysgjerrighet og kunnskapslyst». Charlie

Denne typen belønning anses av flere informanter som en anerkjennelse av kunnskapen og erfaringen disse ressurspersonene besitter, og bidrar dermed til å få flere både til å generer nye ideer men også spesialisere seg innenfor et nytt og utforsket domene.

Et annet moment som nevnes i den forbindelse er synliggjøring av innovasjonspriser og vellykkede prosjekter i de interne nyhetsbrevene som når alle medarbeidere ved OUS. Den type synliggjøring anses av flere som en slags type belønning og motiverer flere til å foreslå ideer. En kultur hvor alle gode ideer blir verdsatt og seriøst vurdert utgjør ifølge de fleste informanter en belønning i seg selv.

«Jeg tenker at hvis man kommer med en idé som ingen bryr seg om eller blir slått ned er det jo veldig destruktivt. Men jeg synes at når man kommer med ideer og man diskuterer det på en konstruktiv måte og få lov til å implementere det hvis det er gehør for det, så vil jeg si det er en belønning» Delta.

I tillegg nevnes lederstøtte og positive tilbakemeldinger til idehaver, samt takhøyde for nye ideer som viktige incentiver til å innovere.

#### *Tid og ressurser*

En ny idé, uavhengig av nyhetsgrad, kan i mange tilfeller utgjøre et økonomisk spørsmål for organisasjonen, og for OUS sin del kan økonomi-aspektet være en begrensning for ideen. I andre tilfeller trenger ikke ideen å utgjøre et økonomisk spørsmål.

«Mange ideer og innovasjoner som er realiserbare trenger ikke å koste mye penger. Det er ideer som for eksempel kan forbedre arbeidsprosessen vår og organisasjonen vår» Charlie.

I følge flere informanter er det ikke populært at ansatte tas ut av sin post for å jobbe med en idé eller et prosjekt, med mindre det er definert i den ansattes arbeidsinstruks. For eksempel har undervisningssykepleiere eller fagsykepleiere i sin arbeidsinstruks avsatt arbeidstid til å jobbe med utvikling av sitt fagområde. En medarbeider med primæroppgaver bestående av å være på post, får det tøffere å finne tilstrekkelig med tid til å arbeide med nyskaping og innovasjon.

Flere av informantene peker på OUS sin visjon om å bli Europas ledende universitetetssykehus på innovasjon, og at visjonen er i uoverensstemmelse med de økonomiske budsjetter som gis til avdelingenes arbeid med nyskaping og innovasjon.

«Spørsmål om ressurser, penger og tid vil alltid være en diskusjon. Det må rett og slett settes av midler til å kunne gi medarbeidere fri fra den daglige driften og dermed muligheten til å kunne delta i innovasjonsprosesser». Hotel



Dessuten utgjør økonomiske begrensninger en årsak til for eksempel reduserte muligheter til deltakelse på konferanser, kongresser og videre- og etterutdanningsprogrammer. Som ifølge flere kan gi inspirasjon og motivasjon til nyteknisk og kreativitet, og dermed danner grunnlaget for innovative medarbeidere. Økonomiske begrensninger utgjør følgelig også en hindring for læring.

Det understrekes at det er et mye større økonomifokus enn et innovasjonsfokus som preger sykehuset, og at en av faktorene som hemmer innovasjon i organisasjonen er medarbeidernes minimale påvirkningskraft på utviklingen av arbeidsplassen. Denne manglende påvirkningskraften skyldes ifølge flere informanter i at organisasjonen styres utelukkende etter økonomiske mål. Nærmeste leder i hierarkiet blir iblant oppfattet som vegrende til nye ideer og spørsmål relatert til resurser.

«Denne iboende skepsisen kommer av den enorme oppmerksomheten nærmeste ledere vier til økonomiske og driftsmessige spørsmål. Sannsynligheten for å få gehør og ikke bli ansett som «hår i suppa» er større hvis man legger frem ideen til en leder som ligger over nærmeste leder i hierarkiet, for eksempel ledere på klinikknivå». Juliatt

Nærmeste leder må holde seg innenfor budsjetter vedtatt av ledere over seg og blir målt på slutten av året etter det, dermed utgjør dette en dilemma for avdelingsledere over hele OUS og som i sin tur kan hemme innovasjon og særlig MDI.

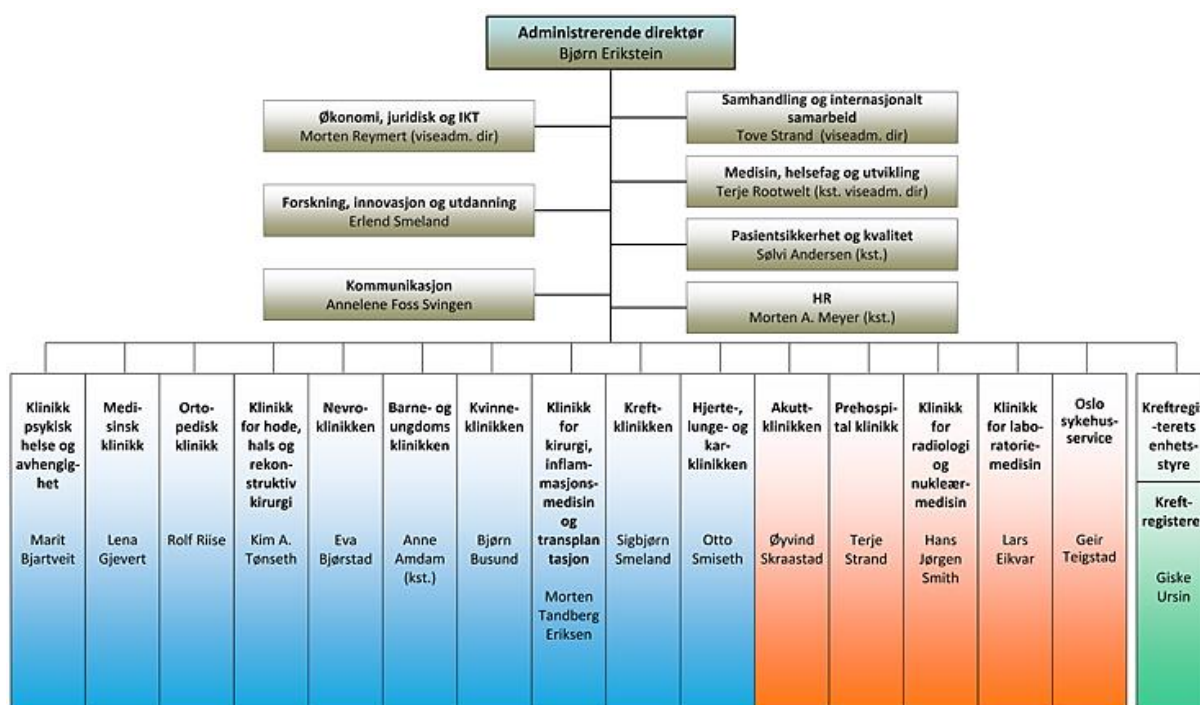
### **Teoretisk tilnærming:**

Litteraturen rundt hvordan medarbeiderdrevne innovasjoner kan generes peker på tilgjengelige ressurser og incentiver for innovasjon som viktige faktorer, og funnene ved OUS bekrefter dette. Ved OUS får ikke medarbeiderne gullklokker når ideer blir implementert, slik Carzlon (1987) gjorde i sin tid i SAS, men incentivene er der. Medarbeiderne motiveres av incentiver som gir de oppmerksomhet, anerkjennelse og økt kunnskap og erfaring, som ved en organisasjon som OUS muligens er viktigere enn rene økonomiske belønninger.

Tid og ressurser er et evigvarende dilemma for alle ledere som ønsker innovative medarbeidere og økt omfang av ideer, men samtidig må forholde seg til budsjetter og måltall. Såfremt det ikke er nedfelt i arbeidsinstruksen at innovasjon og nyskaping er en del av gjøremålene for medarbeiderne, blir det vanskelig for ansvarlig ledere å sette av tid og ressurser til det. Ved OUS er det som nevnt tidligere et overordnet mål å være Europas ledende sykehus på innovasjon, og en del medarbeidere har nedfelt i sin arbeidsinstruks en målsetting om fokus på utvikling og nytenking. Medarbeidere som ikke har dette i sin arbeidsinstruks blir avhengig av velvillige ledere som tror på ideen og mener det vil føre med

seg positive konsekvenser for arbeidsplassen. Dersom dette ikke er tilfelle blir man nødt til å bruke fritiden sin på å utforske ideen.

## 4.2.5 Organisasjonsstruktur ved OUS



Figur 9: organisasjonskartet ved OUS 2016

Oslo universitetssykehus skriver på sine hjemmesider at de er «lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akutt- og skadestue for store deler av Oslo-området, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale oppgaver». Videre skriver OUS at sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på ca 22 milliarder kroner (2016). OUS står i tillegg for en stor del av medisinsk forskning (ca. 50 %) og utdanning av helsepersonell i Norge (OUS 2014). Oslo universitetssykehus har jamfør organisasjonskartet fjorten klinikk i tillegg til enheten Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset. Sykehuset eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus (ibid).

Oslo universitetssykehus er organisert som et tradisjonelt hierarki med fire beslutningsnivåer: toppledelsen som er øverste nivå, fjorten klinikk (pluss Oslo sykehusservice) på nivå to, åttifem avdelinger på nivå tre og mange hundre seksjoner/enheter på nivå fire. OUS har fire

ledernivåer; administrerende direktør, klinikkleder, avdelingsledere og seksjonsledere. Som en konsekvens av ansvarsfordelingen for måloppnåelse kjennetegnes OUS som et hierarki med toppleder som naturlig nok har det øverste ansvaret for å nå organisasjonens mål.

Klinikkleder som også inngår i administrerende direktørs ledergruppe (staben til administrerende direktør og alle klinikkledere) har resultatansvar for klinikkens samlede virksomhet. Klinikklederen skal sørge for at klinikken yter best mulig service, pasientbehandling og kvalitet, samt sikre kontinuerlig forbedring og utvikling av klinikkens fagområder og arbeidsprosesser. Overordnet ansvar for drift, samordning og faglig ansvar ligger hos avdelingsleder for den enkelte avdeling. Avdelingene er i all hovedsak seksjonert og mange avdelinger har virksomhet og seksjoner på to eller flere adresser.

Ved første øyekast virker OUS som et tradisjonelt hierarki, men det kan likevel argumenteres for at OUS ikke er organisert som et rent hierarkisk byråkrati slik det fremkommer av organisasjonskartet og ledelsesnivåer. OUS kjennetegnes av prinsippet om at beslutningsmyndighet og ansvar ligger hos de som arbeider nærmest pasientbehandlingen (OUS 2009). Dette bryter med prinsippet om hierarkiet og derfor kan OUS karakteriseres som en organisasjon bestående av horisontalt differensierte divisjoner (klinikker), som har flere likheter med Mintzbergs (1979) fagbyråkrati.

Disse horisontalt differensierte divisjonene med tilhørende gruppering av kliniske funksjoner er framkommet gjennom en aggregering av klynger av pasientsløyfer med størst faglige avhengigheter (OUS 2009:15). Klinikkerne fungerer altså som selvstendige organisasjoner med et rapporteringsansvar til toppledelsen som har et behov for et hensiktsmessig kontrollspenn (OUS 2009).

Organisasjonsstrukturen ved OUS har som hovedformål å sikre god kontinuitet i pasientforløpene. Ved endringer av pasientens tilstand som krever et nytt pasientforløp (for eksempel mer avansert behandling), vil pasienten mer sømløst ivaretas innenfor én og samme organisasjon, og innen det samme multidisiplinære team, med god kontinuitet for pasienten og færrest mulig brudd i overgangene i pasientforløpet (ibid).

Hver enkel klinikk ved OUS fungerer helt selvstendig og har egne mål. De overordnede målene for organisasjonen som helhet er fastsatt av toppledelsen, som følger og måler klinikkens produksjon og mål. Medarbeidere er ofte tett knyttet til sine pasienter og er høyt spesialisert. Mellomledelsen leder sin klinikk/avdeling/seksjon med formål om å tilfredsstille medarbeidernes krav om å kunne utføre daglige oppgaver med høy kvalitet og samtidig levere

målbare resultater for toppledelsen. Så lenge den operative kjernen får styre seg selv og toppledelsen ikke blander seg inn i pasientbehandlingen vil organisasjonen fungere på en effektiv måte.

### **Teoretisk tilnærming:**

OUS har fortsatt en fersk organisasjonsstruktur som justeres og raffineres kontinuerlig. Organisasjonsstrukturen består av både mekaniske og organiske strukturer, for både å ivareta stabilitet og effektivitet i organisasjonen.

Stabilitet ved OUS tolkes som forutsigbare økonomiske rammer, tydelig beslutningsstruktur og klare og presise prosedyrer, slik at like pasientforløp tilbys pasienter som lider av det samme, og at graden av variasjon er minimal. Effektivitet tolkes i den forstand at man klarer en kontinuerlig effektiviseringsjobb av arbeidshverdagen, pasientbehandling og pasientforløp, gjennom å ta i bruk bedre, mer kostnadseffektive og tidsbesparende behandlingsmetoder (og produkter) og kutte unødvendige flaskehals, som nettopp hindrer effektivitet. Dette samsvarer med Berns og Stalker (1961) funn om at organisasjoner kan ha elementer av mekaniske og organiske strukturer, og at det kan sameksistere i en og samme organisasjon. Lawrence og Lorsch (1967) studie om at mekaniske og organiske strukturer kan sameksistere i ulike deler av samme organisasjon kan overføres til OUS med hensyn til ulike behov i ulike instanser. Ledelsen og den operative kjernen i den samme klinikken er organisert etter henholdsvis mekaniske og organiske strukturer. OUS har en liten toppledelse og få mellomledere, og disse er avhengig av stabile og forutsigbare rammer og prosedyrer (mekanisk). Den operative kjernen i organisasjonen som består av sterke og høyt-utdannende fagmiljøer har en viss grad av autonomi, ettersom beslutningsmyndighet og ansvar ligger hos de som arbeider nærmest pasientbehandlingen (organisk).

Inndelingen i fagklinikker med en sterk profesjonsidentitet og stor grad av delegert ansvar (les: autonomi) samsvarer med den desentraliserte mekaniske strukturen Mintzberg kaller for fagbyråkrati. Det kan argumenteres at OUS har elementer av Mintzbergs (1979) divisjonaliserte struktur, ettersom klinikkene kan minne om selvstendige organisasjoner som er frakoblet hverandre og de ofte konkurrer om de samme midlene. På den andre siden kan man argumentere for at fokus på ledelse og standardisering av rutiner og prosedyrer langs alle klinikkene taler for at OUS er organisert som et fagbyråkrati mer enn som et divisjonalisert struktur.

Slik det ble argumentert i teorikapittelet bidrar en organisering etter Mintzbergs fagbyråkrati til rette for flere drivere for MDI. Graden av delegert ansvar til den enkelte medarbeider nærmest sengepost, høy grad av fagprofesjon og ikke minst inndelingen i klinikker med en toppledelse taler for at organisasjoner som sykehus legger til rette for MDI. På den andre siden kan koordinerings- og samarbeidsproblemer og rivalisering mellom faggrupper, og avdelinger utgjøre en barriere for MDI ved OUS, ettersom samarbeid trekkes frem som en viktig driver for MDI (forklares senere i kapittelet).

## 4.3 Hvilken rolle spiller ledelse på MDI?

### 4.3.1 Ledelse

Leders rolle ved OUS blir utelukkende nevnt som den avgjørende faktoren for en kreativ arbeidsplass. En leder som ønsker mer innovasjon og nye ideer fra sine medarbeidere bør ifølge informantene være lydhør for nytenking og innovasjon. Lederen har et organisatorisk ansvar for å transformere sin arbeidsplass til en innovativ arbeidsorganisasjon.

«Det har mye å si hva slags leder du har, med tanke på hvor mye støtte du får, hvor mye du blir hørt, hva slags tanker lederen har i forhold til fagutvikling, innkjøp av nytt utstyr og det å tenke nytt. Blir du møtt med en leder som fungerer som en vegg, så kommer du ikke frem, da må du kjempe litt mer. Har du en leder som er positiv, er det lettere å ta opp ting, diskutere og få gjennomslag for ideer» Bravo.

Utøvelse av leders støtte gjennom hele innovasjonsprosessen trekkes frem som en betingelse for suksessen av en MDI:

«Medarbeideren er avhengig av å ha lederen ombord hele tiden og at lederen legger til rette for at ideen gjennomføres. Det er umiddelbart en gjensidighet her. Medarbeideren er nødt til å ha en utfyllende presentasjon av ideen og jobbe for å få tilslutning til ideen for at lederen skal vise interesse og støtte» Foxtrot.

Selv om det er viktig å ha med lederen «om bord» hele veien er det særlig i idegenereringsfasen at leders rolle blir utpekt som avgjørende.

«Hvis leder er ikke engasjert i din idé fra første stund, så lykkes man ikke og du kan glemme ideen. Det blir hvert fall vanskelig å kunne gjennomføre jobben sin og samtidig arbeide med ideen» Golf.

Flere informanter mener ledere ved OUS har et mulighetsrom til å satse på nytenking og innovasjon og få med sine medarbeidere til å nettopp være nytenkende og innovative. Det som utgjør forskjellen på ledere ved OUS er om de er som interessert å ta i bruk det mulighetsrommet:

«som leder er man i en posisjon med makt, da skal du jammen gjøre noe med det, da skal du bruke den makta slik at folk settes i gang når de har nye ideer» Echo.

Leders ansvar i innovasjonsprosessen holder seg ikke kun til å motivere medarbeiderne og heie frem nye ideer, men også å fasilitere og hjelpe idehaver fremover med ideen. Echo, som arbeider som mellomleder ved OUS bistod en medarbeider som hadde en idé om å lage et stimuleringsprogram for traumesituasjoner med å finne prosjektmidler til ideen og frigjøre medarbeideren fra daglige arbeidsoppgaver slik at vedkommende kunne fokusere på ideen.

«En engasjert og nytenkende leder setter de ansatte i en posisjon hvor de må vise ansvar og gjennomføre de ideene som de bringer opp» Echo.

Det ble påpekt av flere informanter at lederen må være på jakt etter de gode ideene, og at det er et toveis samspill mellom leder og idehaver å finne hverandre og starte innovasjonsprosessen.

Leders rolle og støtte er mindre avgjørende i de tilfeller idehaver går direkte til Idépoliklinikken eller Inven2, som forklart i underkapittel 4.2.3. Det er først og fremst de organisatoriske ideene som ligger innenfor arbeidsplassens domene som trenger leders støtte og engasjement. Det kan være seg en omorganisering av arbeidsmetode, forbedring av prosedyrer, innkjøp av nytt utstyr, deltakelse i pilotprosjekter etc.

Leders støtte er likevel viktig selv når idehaver melder inn ideen til Idépoliklinikken eller Inven2, ettersom vedkommende sitter på kontrollen over ressurser og tidsbruk, og bør i det minste være tilhenger av ideen for å frigjøre de nødvendige ressursene for idehaver, ellers blir idehaver nødt til å bruke sin fritid på det. Den innovative medarbeideren som har en idé som meldes inn hos Idépoliklinikken eller Inven2 bør ha med lederen på laget slik at nødvendige ressurser blir frigjort. Dette ble beskrevet i underkapittel 4.2.3 som den mest foretrukne måten å gå frem på dersom man har en idé som er innenfor Idépoliklinikkens eller Inven2s domene.

De stadige lederutskiftninger blir trukket frem som en utfordring for OUS sitt mål om å skape en innovativ arbeidsplass. En antakelse som understrekes av flere informanter er at nyansatte ledere kan være usikre og opptatt av å markere sine territorier og sin posisjon. Dette kan i sum føre til mindre mottakelighet for nye ideer fra medarbeiderne. Hyppige lederutskiftninger tar bort nødvendig fokus fra innovative ideer, og fører til ustabilitet på arbeidsplassen, og det er nettopp stabilitet på arbeidsplassen som blir trukket frem som en nøkkel til å klekke ut nye ideer.

Flere av informantene opplevde det som en personavhengig egenskap ved ledere å være opptatt av kontinuerlig forbedring og kreativitet. Flere hadde i løpet av sine karrierer ved OUS opplevd både ledere som var på jakt etter ideer, men også:

«En god del av dem synes at det var hårt i suppa med nye ideer fordi de skulle bare ha det vanlige rutinepregede arbeidet gjort» Juliett.

### **Teoretisk tilnærming:**

Informantene ved OUS bekrefter det Amabile m.fl. (1996, 2004), Chen (2007), Scott og Bruce (1994) og Tierney m.fl. (1999) viser gjennom sine studier, nemlig at støtte fra lederen spiller en viktig rolle i medarbeidernes innovative atferd og at det er en sammenheng mellom økt lederstøtte og økt innovativ atferd fra medarbeiderne. Lederstøtte er følgelig personavhengig og informantene har opplevd ulike ledertyper, og vedkjenner viktigheten av å ha leder på laget når man har en kreativ idé.

Ved OUS blir leders støtte trukket frem som en særlig viktig faktor i idegenereringsfasen. Dette samsvarer med studiene gjort av Bain m.fl. (2001) og Oladham og Cummings (1996) som viser at leders støtte er avgjørende for å motivere medarbeiderne for å komme opp med nye ideer. Leders støtte ved OUS strekker seg også til å fasilitere og hjelpe idehaver med tilgang på nødvendige ressurser for å fullbyrde sin idé.

De stadige lederutskiftninger utgjør en risiko for det innovative klimaet ved OUS og flere informanter setter mangel på innovativ atferd i direkte sammenheng med hyppige lederutskiftninger. Lederutskiftninger skaper ustabile omgivelser og forslag om nye ideer fra medarbeiderne kan bli oppfattet som kritikk av den nye ledelsen (Clegg m.fl. 2002). Dette skaper et hinder for medarbeiderne til å foreslå nye ideer og bidrar til status quo i flere avdelinger ved OUS.

Som forklart i teorikapittelet er leders støtte en viktig forutsetning for MDI, ettersom støtten kan utløse en kreativ motivasjon hos medarbeidere til å innovere. MDI ved OUS forutsetter ledere som støtter sine kreative medarbeidere og som dyrker frem kreativitet og nytenking i hele avdelingen (Smith m.fl. 2012).

### 4.3.2 Autonomi

Autonomi eller selvbestemmelse over egne oppgaver og egen arbeidshverdag blir trukket frem av flere informanter som en grunnleggende forutsetning for å klekke ut og jobbe med ideer, prosjekter og innovasjoner. Noen av informantene tolker autonomi på arbeidsplassen til det å kunne bruke arbeidstiden på oppgaver som medarbeideren selv fastsetter. Andre informanter tolker autonomi som medarbeidernes opplevelse av selvbestemmelse ved å delta i beslutninger og beslutningsprosesser som berører arbeidsplassen.

Alle informanter hadde nedskrevne arbeidsoppgaver i arbeidsinstruksen sin, og i varierende grad hadde alt fra null til seksti prosent av arbeidstiden til å «drive med egne ting». Altså arbeidsoppgaver utover det som er nedskrevet i arbeidsinstruksen. Det som avgjør hvor mye autonomi, eller frihetsgrad som en av informantene kaller det for, en medarbeider har er avhengig av ens posisjon og stilling. Flere av informantene hadde mulighet til å ta ut tjue prosent såkalt forskningsfri, og de med fagansvar hadde en liknende ordning for å forske på og utvikle faget sitt:

«Vi har et handlingsrom til å gjøre andre ting enn de konkrete arbeidsoppgavene, men omfanget vil variere utfra hvem vi snakker om. På min avdeling har vi stipendiater, forskere, universitetsansatte og personer som i kraft av sin stilling har større frihetsgrad. Det er derfor et stort spekter i frihetsgrader»  
Hotel.

Det ble presisert i flere av intervjuene at autonomi ikke må forveksles med uansvarlighet.

«Det er ganske bestemt hva du skal gjøre som sykepleier. Du kan ikke bare gjøre som du vil, og det er fordi du har ansvar for et menneske og derfor ikke kan flekse ut og sette deg på Pcen i en time. Det er og må være faste rammer» Charlie.

Flere informanter pekte ut lederstil og tillit mellom leder og medarbeider som viktige faktorer for autonomi på arbeidsplassen. Ledere som har tillit til sine medarbeidere gir også frihetsrom til å fastsette egne oppgaver og delta i beslutninger. Det fremkom i intervjuene at det er stor variasjon i hvor mye tillit og autonomi ledere gir sine medarbeidere ved OUS:

«Jeg har over 25 års erfaring ved ulike sykehus i Norge og jeg har jobbet med ledere som engasjerer, er positive, støtter opp om ting og bidrar aktivt, men jeg har også vært i systemer hvor dette ikke har funnet sted, hvor alt du skal gjøre er definert og hvor lederen er mer opptatt av kontroll og økonomi og at avdelingen skal jobbe raskere fremfor å tenke om man kan jobbe smartere og på en bedre måte»  
Foxtrot.

#### **Teoretisk tilnærming:**

Autonomi på arbeidsplassen er en godt anvendt arbeidsform ved OUS og flere informanter nyter en vis grad av autonomi på arbeidsplassen, avhengig av profesjon og ansvarsområde.



Autonomi i arbeidshverdagen blir trukket frem som en viktig driver for å klemme ut nye ideer og få muligheten til å arbeide med disse og ta både strategiske og operasjonelle beslutninger uten å bli motarbeidet eller kontrollert av leder. Dette samsvarer med tolkninger av autonomi gjort i studier av Damanpour (1991) og De Jong og Kemp (2003), og som understreker viktigheten av medarbeidernes mulighet å fatte beslutninger og utføre arbeidsoppgaver uten å bli utsatt for et høyt innslag av oppsyn.

Intervjuene understreket det faktum at medarbeidere som hadde en viss grad av autonomi, var mer tilbøyelig til å fremme nye ideer, forbedringsforslag og prosjekter. De hadde også erfaring med innovasjon og hadde kjennskap til både Idépoliklinikken og Invet2. Dette har likheter med det Nonaka (1994), Zhou (1998) og Axtel m.fl. (2000) viser til i sine studier nemlig at medarbeidere med autonome roller og som utfører arbeidsoppgaver utover sine kjerneoppgaver fremmer flere kreative ideer.

Autonomi over egne arbeidsoppgaver er i tillegg til å være avhengig av profesjon og ansvarsområde også påvirkelig av lederstilen ved avdelingen. Hvor mye frihet medarbeideren har utover sine kjerneoppgaver er til syvende og sist et valg lederen foretar seg. Med det i bakhånd kan det argumenteres at autonomi er en form for lederstøtte til innovativ arbeid.

Basert på intervjuene kan en argumentere for at mer autonomi eller selvbestemmelse for den enkelte medarbeider ved OUS vil bidra til en viss mengde kreativitet og således utgjøre en viktig driver for MDI ved sykehuset.

### **4.3.3 Samarbeid**

Flere informanter trakk frem samarbeid og interaksjon mellom kolleger som en katalysator til innovasjon og anså det som et komparativ fortrinn for OUS. Arbeidsform og de typiske arbeidsoppgavene i hverdagen ved et sykehus og særlig innenfor den enkelte avdeling legger opp til interaksjon mellom medarbeiderne ved OUS. Mange av oppgavene krever at flere kolleger samarbeider for å gjennomføre disse:

«Vi er helt avhengig av å samarbeide for å gjøre jobben vår, det vi holder på med er en type lagspill» Hotel.

#### **(i) Mellom kolleger og profesjoner**

Sykehus kjennetegnes som en organisasjon med en tverrfaglig arbeidsstyrke og en arbeidsplass for et vidt spekter av profesjoner. Medarbeiderne ved OUS samarbeider på tvers

av profesjoner og samarbeid ble ansett av flere informanter både som en døråpner for ny kunnskap og ideer og en forutsetning for utførelsen av oppgavene. Det ble påpekt at det til tider kan være mindre interaksjon mellom profesjonene og at det naturligvis hindrer samarbeid. Det skyldes i hovedsak arbeidsoppgavenes art og som ikke nødvendigvis trenger samhandling mellom flere profesjoner for gjennomføring.

Flere informanter mente samarbeid mellom kolleger også skaper en arena for refleksjon og diskusjoner:

«Når vi for eksempel samarbeider om mottak av pasienten så er det alltid to sykepleiere som tar imot vedkommende og blir enige om hva som skal gjøres av prosedyrer og behandling, og hva slags informasjon som skal gis. Ulike diskusjoner og refleksjoner melder seg i denne prosessen, og ofte er løsning vi sammen kommer frem til bedre enn den vi hver av oss hadde tenkt å gjennomføre» Bravo.

«Når vi samarbeider så er vi flere hoder som tenker, flere løsninger og alternativer som blir presentert og ikke minst diskusjoner og refleksjoner som finner sted» Alpha.

Samarbeid mellom medarbeidere bidrar også til økt kunnskap om hverandres felt, arbeidshverdag og erfaringer, og utgjør en forutsetning for et godt arbeidsmiljø på arbeidsplassen:

«Jo mer man samarbeider, jo mer forståelse har man for hverandres hverdag og jo mer man lærer av hverandre» Charlie.

Det samme gjelder forholdet mellom medarbeidere og leder; mer interaksjon mellom disse bidrar til bedre forståelse for hverandres arbeidshverdag og større mulighet til å få gjennomslag hos hverandre.

Utbredelsen av samarbeid og interaksjon i arbeidshverdagen bidro ifølge informantene til å flate ut hierarkiet på arbeidsplassen. Dette gjelder i første instans forholdet mellom medarbeiderne og deres nærmeste ledere. Det ble imidlertid understreket at det eksisterer svært lite kommunikasjon og interaksjon mellom medarbeiderne og lederne lenger opp i hierarkiet, eksempelvis på klinikk-nivå. Det kommer av få eller meget begrenset felles arbeidsoppgaver og møtepunkter for medarbeidere og ledere på høyere nivåer.

## **(ii) Mellom avdelinger**

Når det kommer til samarbeid og interaksjon på tvers av avdelingene er bildet annerledes. Naturlig nok eksisterer det ikke mange kontaktpunkter for medarbeidere på tvers av avdelingene i en vanlig arbeidshverdag, og det kan forklare den lave graden av samarbeid mellom avdelingene. En observasjon jeg gjorde under et besøk til en avdeling i forbindelse

med et intervju var at medarbeiderne hadde lite kjennskap om naboavdelingen som lå noen meter lengre bort i korridoren. Lav samhandling og informasjonsflyt mellom avdelinger og klinikker er noe som ble understreket av flere informanter:

«På institutt for kreftforskning var vi en boble, vi viste veldig lite hva som foregikk utenfor instituttet og hva som foregikk på Ullevål brydde jeg meg ikke så mye om. Jeg visste omtrent ikke hvem som var direktør på sykehuset en gang» Delta.

Det finnes imidlertid organisatoriske praksiser som OUS praktiserer og som bidrar til økt samarbeid mellom avdelinger og klinikker. To eksempler på det er Traumeteamet i Akuttklinikken og sammenslåingen av avdelinger i sommermånedene.

Traumeteamet er en enhet under avdelingen for Traumatologi i Akuttklinikken og som sammenkalles ved mottak og behandling av traumepasienter som er utsatt for ulykker av høy energi og åpenbart alvorlig skade. Ved OUS består Traumeteamet av en kirurg som er teamleder, en anesthesi LIS (lege under spesialisering), en anesthesisykepleier, en undersøkende kirurg, en bioingeniør, en radiograf og to sykepleiere i mottak. Ved større traumer tilkalles i tillegg en anesthesi overlege, en anesthesisykepleier, en LIS for thoraxkirurgi (behandler skader, sykdommer og misdannelser i brystkassen), en LIS for nevrokirurgi og en røntgenlege (OUS 2014). Det som er spesielt interessant med Traumeteamet er at det er et tverrfaglig sammensatt team som kommer fra ulike klinikker og avdelinger og har en løs struktur.

«Traumeteamet på Ullevål driver veldig godt. Traumeteamet trår til når det kommer en stor ulykke og viser at samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger er mulig. Ved særlig store ulykker går traumealarmen og da er det er rundt 20 mennesker som sammenkalles. Og det funker som bare det. Teamet varierer avhengig av hvem som er på vakt, og teamsjefen, som også varierer er sjef i kraft av sitt fag. Men på tross av det, klarer disse å samarbeide å få til utrolige resultater» Hotel.

Det andre eksemplet er sammenslåingen av avdelinger under sommerferieavviklingen. Dette er et tiltak som sykehusledelsen i samarbeid med de tillitsvalgte har valgt å gjennomføre som en løsning på bemanningssituasjon i sommermånedene. Målet er å få avviklet ferie samtidig som OUS skal opprettholde en forsvarlig drift med tilstrekkelig kompetent bemanning (Wageheim 2013). Samme praksis forsøkes å gjennomføres i juleferieavviklingen. Denne formen for samarbeid tvinger frem nyttig læringsprosesser:

«Om sommeren og i jula pleier vi å slå sammen to avdelinger som vanligvis ikke jobber sammen. På den måten blir man kjent med nye kolleger, andre måter å jobbe på, andre type pasienter og man kan se at ting gjøres annerledes. Av og til gjøres ting på en bedre og mer effektiv måte som kan være med å inspirere oss til å kopiere det til vår arbeidsplass. Vi lærer masse av hverandre. Dette tror jeg gjøres over hele OUS. Vi har hvertfall gjort det i 3 somre. Første gang var det ikke så lett, det var en "oss" og "dem" og "det vi gjør er best" holdning. Men nå er det myknet opp, og vi ser frem til ferieavviklingen» Bravo.

Sammenslåingen mellom Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål universitetssykehus og Aker universitetssykehus under én organisatorisk paraply blir trukket frem som mulig barriere for samarbeid grunnet ulike kulturer ved de ulike sykehusene.

«Jeg har erfaring fra både Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus og mener sammenslåingen til tider har vært problematisk, særlig med tanke på at det er to totalt forskjellige kulturer og to forskjellige måter å jobbe med pasient på i forhold til poliklinikk og innlegging, og det kan innebære at det tar litt tid før man lander en felles plattform» Golf.

Dette synet ble bekreftet av flere informanter som mente at innarbeidede rutiner og sånn-gjør-vi-det-her tankegang har innvirket problematisk på sammenslåingen. Sammenslåingen betegnes av flere som tvangsekteskap mellom miljøer som gjør ting annerledes og som bidrar til å skape gnisninger og splittelse i de nye organisasjonene. På den andre siden eksisterer det en felles forståelse om at tiden vil bidra til at disse miljøene forenes om felles plattformer og inkorporeres i hverandres kulturer.

### **Teoretisk tilnærming:**

Interaksjon og samarbeid er uten tvil en katalysator for MDI for medarbeiderne ved OUS og er således i tråd med Perry-smith og Shally (2003) som understreker at gruppeinteraksjon er en grunnleggende forutsetning for kreativitet, som igjen kan legge til rette for innovasjon.

Gjennom intervjuene ble flere forhold trukket frem som konsekvenser av samarbeid. Samarbeid mellom medarbeidere, mellom ulike profesjoner og på tvers av avdelinger bidrar på individnivå til å skape en arena som stimulerer medarbeidere til å reflektere over nye dimensjoner og skaper en arena for ide-, kunnskap- og erfaringsutveksling (Paulus og Yang 2000). På organisasjonsnivå bidrar samarbeid til smartere og bedre gjennomføring av arbeidsoppgavene, og på grunn av sosial interaksjon flater ut hierarkiet og avstanden mellom medarbeider og leder. Dette senker terskelen for å foreslå ideer og har en positiv effekt på idegenereringen i en innovasjonsprosess (Kijkuit og van den Ende 2007).

Mange av de daglige arbeidsoppgavene legger opp til samarbeid mellom medarbeiderne, som ofte er en sammensatt gruppe av profesjoner. Samarbeid mellom avdelinger derimot forekommer ikke så ofte og er i tråd med det Mintzberg (1979) trekker frem om en egenskap ved fagbyråkratier, at det ofte kan være koordineringsproblemer på tvers av funksjoner, disipliner og avdelinger, og som kan gå utover organisasjonens innovasjonsevne. Det finnes imidlertid flere strategier for å fremme samarbeid mellom avdelinger ved OUS, to av dem ble nevnt ovenfor. Begge eksemplene viser at det eksisterer felles normer og verdier mellom medarbeidere på tvers av profesjon og avdeling. De samarbeider ved ferieavvikling og i

traumeteam, og lar ikke de formelle organisasjonsgrensene fremstå som hindre for gjennomføring av oppgavene. Tvert imot, profesjons- og avdelingsmangfoldet gjennom samarbeid fungerer som driver for innovasjon ved OUS. Dette sammenfaller med det Jackson m.fl. (1995) argumenterer for, nemlig at mangfold i sammensettingen av medarbeiderne har en positiv effekt på gruppens kreativitet. På den andre siden blir sammenslåingen av OUS, og dermed sammenslåing av ulike kulturer, verdier og normer sett på som et hinder for gjennomføringen av arbeidsoppgavene på en effektiv måte. Guzzo og Dickson (1996) mener dette kan forklares ut av mangel på en entydig forståelse av arbeidsplassens felles kunnskap og mål.

Både medarbeidere lavt i hierarkiet og ledere som ble intervjuet verdsatt samarbeid og sosial interaksjon, og mente det først og fremst bidro positivt til arbeidsmiljøet på OUS og dermed skapte en organisasjonskultur for innovasjon (Ekvall 1996). Ordinære medarbeidere blir gjennom samarbeid ansett som partnere og meningsbærere, og nye ideer blir ikke nødvendigvis oppfattet som forstyrrende eller som kritikk av ledelsen, men som positivt for organisasjonen (Kesting og Ulhøi 2008).

Samarbeid mellom medarbeidere, ulike profesjoner og avdelinger ved OUS fremmer både læring og innovasjon, og skaper flatere maktstrukturer som dermed utgjør en viktig driver for MDI.

## **4.4 Hvordan bidrar læring på arbeidsplassen til MDI?**

Stortingsmeldinger og NOU'er som kom på slutten av 1990-tallet med titler som *Kompetansereformen* og *Pasienten først* understrekte betydningen av å se på medarbeidere som organisasjonenes viktigste ressurs, og kompetanseutvikling som et middel til kvalitetssikring og verdiøkning (Bjørk m.fl. 2005). Læring og utdanning av egne medarbeidere anses ved OUS som en nødvendighet, nettopp for at fagområdene ved sykehuset skal gis mulighet til å gi et faglig forsvarlig tilbud til pasienter, pårørende og studenter. I Utdanningsstrategien ved OUS fastslås det at forholdene skal legges til rette slik at medarbeiderne får brukt og videreutviklet sin kompetanse. Sykehusets klinikker og avdelinger skal ifølge Utdanningsstrategien ha egne planer for videre- og etterutdanning av medarbeidere. Den enkelte avdeling skal sørge for at egne medarbeidere blir ivaretatt og fulgt

opp gjennom utdanningsplaner og interne etterutdanningsprogrammer. Obligatorisk undervisning skal tydelig fremkomme i aktuelle tjenesteplaner og turnuser (OUS 2013c:4).

Det ble understreket av informantene at det er omfanget av både ny forskningsbasert og ikke minst erfaringsbasert kunnskap som danner grunnlaget for innovasjon blant medarbeiderne ved OUS.

#### **4.4.1 Læring ved OUS – formelle og uformelle arenaer**

Informantene anså flere aspekter ved arbeidssituasjonen som mulige kilder til kunnskap og læring. Disse kildene kan være samarbeid i gjennomføringen av arbeidsoppgaver, samarbeid om utvikling av prosedyrer, pasienterfaringer, tverrfaglig kollegier, og generelt alt av interaksjon i den kliniske situasjonen. Det ble understreket at evnen til refleksjon er avgjørende i disse situasjonene:

«Hvis man ikke reflekterer rundt situasjonen, så lærer man ikke av det.(...) Evnen til å reflektere er noe de ansatte ved OUS blir opplært i, i hvert fall innenfor sykepleierutdanningen» Golf.

Som nevnt over trekkes kolleger frem som en av de viktigste kunnskapskildene i arbeidshverdagen. I flere situasjoner må kolleger samarbeide om pasienten og dermed legger samarbeidssituasjonen et grunnlag for erfaringsutveksling og kunnskapsutveksling:

«Min daglige kunnskapskilde er først og fremst kolleger, at vi snapper opp ting fra de hverandre, spør leger, har dialog og utveksler meninger. I tillegg utgjør alle mulige prosedyrer og litteratur som ligger ute mulige kunnskapskilder, men i hverdagen er det først og fremst dialogen og interaksjonen med mine kolleger som utgjør min viktigste kunnskapskilde» India.

Synet på kolleger som en kunnskapskilde ble nevnt av samtlige informanter, men det ble vektlagt at kolleger ikke kun utgjør en kunnskapskilde, men også bidrar også til læring:

«Daglig praksis og samarbeid mellom medarbeiderne er den viktigste kilden til kompetanseutvikling og læring. Som medarbeider i for eksempel Postoperativ- og intensivavdelingen er man avhengig av samhandling og samarbeid med kolleger. Denne interaksjonen bidrar til at medarbeideren erverver seg ny kunnskap og nye ferdigheter og bruker det videre i gjennomføringen av sine arbeidsoppgaver» Hotel.

Informanter som har en arbeidshverdag som er preget av lite interaksjon og samarbeid med andre kolleger nevnte forskningsartikler og samarbeid om prosjekter som viktige kunnskapskilder. I tillegg til disse uformelle læringsarenaene, finnes det også flere formelle læringsarenaer ved OUS, som gir mulighet til videre- og etterutdanning. Her finnes det flere løp, som både er organisert gjennom OUS (som for eksempel Klinisk fagsstige, forklares senere), men også gjennom interne (fagdager og Utdanningscenteret) og eksterne

utdanningsinstitusjoner (som universiteter og høyskoler). Deltakelse på konferanser, kongresser, kurs og seminarer ble også trukket frem som viktige kunnskapskilder for kompetanseheving og læring.

### a) Klinisk fagstige

Ved mange sykehus og ikke minst OUS har kliniske fagstiger blitt etablert som en formell utdanningsinstitusjon som sikrer kompetanseutvikling for enkelte profesjoner. OUS har utviklet ett avansementssystem for medarbeidere i hjelpepleie- og sykepleietjenesten som ønsker klinisk karrierestige med tilhørende evaluering og lønns plassering (OUS – årsmelding 10-11).

Ifølge flere informanter anså avdelingsledelsen verdien av klinisk kompetanseutvikling, ved å investere på spisskompetanse på et spesifikt felt og dermed gjøre avdelingen i stand til å håndtere flere komplekse oppgaver. Medarbeider og nærmeste leder er hovedaktørene i å planlegge gjennomføringen av den enkeltes program. Etter fullførte trinn på den kliniske fagstigen får medarbeideren lønnsmessig kompensasjon etter fastsatte normer (ibid).

Løp	Yrkeserfaring	Utdanning	Veiledning	Relevant teoretisk undervisning	Prosjekt
Kompetanseoppbyggingsløp 1	Min. 5 års yrkeserfaring		Veiledning 150 timer	Relevant teoretisk undervisning 150 timer	Litteraturstudier/ skriftlig oppgave/prosjekt
Kompetanseoppbyggingsløp 2	Min. 5 års yrkeserfaring	Tilleggsutdanning i helseadministrasjon og ledelse eller tilsvarende	Veiledning 150 timer	Relevant teoretisk undervisning 150 timer	Litteraturstudier/ skriftlig oppgave/prosjekt
Kompetanseoppbyggingsløp 3	Min. 5 års yrkeserfaring	Relevant videreutdanning 15–29 studiepoeng	Veiledning 130 timer	Relevant teoretisk undervisning 130 timer	Litteraturstudier/ skriftlig oppgave/prosjekt
Kompetanseoppbyggingsløp 4	Min. 5 års yrkeserfaring	Relevant videreutdanning i sykepleie 30–59 studiepoeng	Veiledning 120 timer	Relevant teoretisk undervisning 100 timer	Litteraturstudier/ skriftlig oppgave/prosjekt
Kompetanseoppbyggingsløp 5	Min. 5 års yrkeserfaring	Relevant videreutdanning i sykepleie 60–120 studiepoeng	Veiledning 120 timer (psykiatri 200 timer)	Relevant teoretisk undervisning 80 timer (tverrfaglig videreutdanning 100 timer)	Litteraturstudier/ skriftlig oppgave/prosjekt

Figur 10: utdanningsløp i klinisk fagstige for sykepleiere (Fagforbundet 2014)

Hensikten med kliniske fagstiger er ifølge Norsk sykepleierforbund:

«å utvikle kvalitet i behandling og pleie gjennom å beholde kompetente sykepleiere i pasientnært arbeid, ved å tilby mulighet for å utvikle kompetanse, anerkjennelse og belønne erfaring. Svært mange sykehus har utviklet program for klinisk stige etter denne modellen» (Bjørk m.fl. 2005).

Gjennom fagstigen får den enkelte kompetanseheving gjennom yrkeserfaring, veiledning, teoretisk fordybning og et avsluttende faglig prosjekt.

Ingen kan bli klinisk spesialist før etter minst fem års yrkespraksis etter fullført utdanning. Man får etter endt kompetansehevingskurs tittel som klinisk spesialist, og man skal da være i stand til å sette klinisk arbeid, teori og refleksjon over egen yrkespraksis i system (Fagforbundet 2010).

### **b) eHåndbok**

Et annet læringsverktøy som nevnes av flere informanter er sykehusets egen eHåndbok. Den elektroniske kvalitetshåndboken inneholder blant annet interne prosedyrer og andre styrende dokumenter ved OUS. Disse dokumentene er laget for å sikre god styring i sykehuset og støtte for medarbeidernes arbeid:

«eHåndboken inneholder mye kunnskap som en kan lære seg ved å lese, løse oppgaver og ta prøver»  
Bravo.

Flere avdelinger har pågående prosjekter hvor det arbeides med å samordne, evaluere og eventuelt revidere prosedyrene, slik at avdelingene får felles oppdaterte prosedyrer. Disse prosedyrene ligger i eHåndboken.

eHåndboken gir alle medarbeidere en enkel oversikt over dokumentasjon, rutiner og kvalitetsdokumenter og inneholder funksjoner som versjonskontroll og tilgangsstyring slik at man til enhver tid kan ha oppdaterte dokumenter (Fylkesmannen i Oslo og Akershus 2014). Informasjonen legges i bøker, kapitler og dokumenter og lagres i en database. Medarbeiderne skal med en enkel søkefunksjon finne frem til ønskede rutiner, instruksjoner og prosedyrer (Netpower 2014).

### **c) Fagdager**

Alle avdelinger har fagdager. Det er en del variasjon mellom avdelingene når det kommer til hyppigheten i å arrangere slike fagdager. Noen av informantene har månedlig fagdager, mens andre har fagdag en gang i halvåret. Fagdagen er et slags undervisningsopplegg for avdelingens medarbeidere, som først og fremst fokuserer på medisinsk undervisning om den type pasienter som ligger innenfor avdelingens domene:

«Vi har undervisningsdager, to hele dager pr tolvte uke som inneholder både teknisk og faglig innhold. Det står i vår stillingsinstruks at vi skal holde oss faglig oppdatert» India.

I tillegg fungerer fagdagen som en møteplass der pasienter, pårørende, brukerorganisasjoner og ansatte kan utveksle informasjon og erfaringer (OUS 2012).



#### **d) Utdanningscenteret**

Flere Informanter trakk frem Utdanningscenteret ved OUS som en viktig læringsarena for sykehusets medarbeidere. Avdelingslederne har et ansvar for å melde inn kompetansemangel og opplæringsbehov til Utdanningscenteret og sette av tid å kurse medarbeiderne (Aarvig 2006). På Utdanningscenteret tilbys mange ulike utdanningsprogram som for eksempel hjerte- og lungeredning, grunnleggende og avansert opplæring i setefødsler, akutt trening i team, og mange lignende treningsprogram. Det er varierende interesse fra avdelingene, der noen avdelinger i større grad melder sine medarbeidere på kurs hos Utdanningscenteret enn andre:

«Det er lederens myndighet og ansvar å se verdien av kompetanseheving for det tar jo tid fra driften. Men hvis man tenker på hvor mye tid det tar å gjøre feil, så bør man investere i tid til opplæring for å unngå disse feilene. Det er viktig for en leder å se hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og her ligger også potensialet for innovasjon» Golf.

Også i Utdanningsstrategien til OUS (2013) fastslås det at utdanning er et lederansvar og sykehusets utdanningsvirksomhet skal være tett integrert med klinisk virksomhet, forskning og innovasjon.

Etterspørselen etter videre- og etterutdanning og opplæring er ifølge flere informanter stor på sykehuset, og viser til at kursene i regi av Utdanningscenteret er fullbooket i flere måneder fremover i tid.

#### **Teoretisk tilnærming:**

Synet på læring og utdanning ved OUS som en forutsetning for forbedring, utvikling og innovasjon sammenfaller med det innovasjons- og læringsteoretiskere argumenterer for, nemlig at læring og innovasjon virker som komplementære drivkrefter (Brown og Duguid 1991). Dessuten erkjenner OUS at arbeidsplassen skal anses som et læringsarena og ikke bare en produksjonsenhet for varen eller tjenesten som skal produseres (Ellström 2010). Læring og utdanning på arbeidsplassen gir medarbeidere ved OUS både kapasiteten og muligheten til å utforske innovasjonsmuligheter (De Spiegelaere et al. 2012).

Medarbeiderne ved OUS har både formelle og uformelle, tilsiktede og utilsiktede læringsprosesser, og en kan derfor argumentere for at det pågår en kontinuerlig læringsprosess ved OUS (Tannenbaum 1997:437). OUS legger til rette for formell læring gjennom ulike kanaler. Den kliniske fagstigen, eHåndboken, fagdager og Utdanningscenteret er noen av flere formelle kanaler OUS tar i bruk for å heve kompetansen og bidra til læring blant sine medarbeidere. Medarbeiderne lærer i tillegg gjennom å samarbeide med kolleger, observere, gjennom å dele erfaringer og kunnskap, gjennom deltagelse i arrangementer, læring av

feiltakelser og læring gjennom individuell og kollektiv refleksjon (Fenwick 2003). Denne måten å forstå læring på sammenfaller med det Evans m.fl. (2006) beskriver:

Læring gir individene muligheten til å delta i sosiale situasjoner, hvor de anses som medlemmer som bringer med seg ny kunnskap og ferdigheter som kan potensielt heve og forbedre deres kompetanse (Evans m.fl. 2006:16).

Forståelsen av læring ved OUS er i tråd med det Ellström (2010) skisserer, nemlig en kombinasjon av formelle læringsprosesser som tilbyr forskningsbasert og kodifisert kunnskap og uformelle læringsprosesser som oppstår i den daglige driften og i interaksjon med kolleger. Samarbeid og sosial interaksjon ble argumentert for i forrige underkapittel som en viktig driver for MDI, og læring gjennom samarbeid utgjør således en slik driver. Kunnskapen som akkumuleres gjennom denne kombinasjonen av læringsprosesser kan forstås som det Lam (2000) kaller for den kollektive kunnskapen eller som Walsh og Ungson (1991) kaller for *den kollektive «minnen»* og den lagres både i organisasjonens regler, prosedyrer, rutiner og felles normer. Denne formen for kunnskap eksisterer i form av lagret data i organisasjonen eller i form av taus kunnskap som skapes i interaksjon mellom organisasjonens medlemmer (ibid).

#### **4.4.2 utfordringer tvinger frem innovasjon**

Ved OUS er det ofte slik at utfordringer og flaskehalser tvinger frem endring og innovasjon. Medarbeiderne opplever disse utfordringene daglig og sitter ofte på løsningen. En av informanten fortalte hvordan store utfordringer i Avdeling for radiologi og nukleærmedisin fikk vedkommende til å tenke kreativt og sette i gang og innovere. Mangel på radiologer ved avdelingen hadde en direkte årsak til de lange pasientkøene og det var et presserende behov for endring av pasientforløpet:

«Vi utgjorde en flaskehals og alle pasientforløp ble hindret av oss. Jeg ønsket å utforske mulighetene om radiografene kunne overta noen av radiologenes oppgaver. Jeg søkte om penger om å sende to radiografer til England på en utdanning hvor man skulle lære å beskrive røntgenbilder. Utdanningen deres gikk ut på å lære om brud i armer og bein. 80% av tilfellene på legevakta er forstuelser, og kan behandles på stedet og trenger dermed ikke å henvises til radiologene på sykehuset» Echo.

Ideen ble akseptert av leder og gjennomført. Resultatet medførte at radiologene i avdelingen ble avløst for arbeid som kunne gjøres tidligere i pasientforløpet og dermed bidra til at pasientforløpet ble mer effektiv både for pasientene og for de som arbeidet på avdelingen.

En annen informant fortalte om en produkt/prosessinnovasjon som vedkommende tok initiativ til og som er nå under utvikling. Erfaringer og utfordringer fra jobbsituasjonen fikk vedkommende til å foreslå en applikasjon som skal bistå medarbeiderne i Akuttklinikken med

beslutningsstøtte. Informanten opplevde det som en utfordring at beslutninger som ble foretatt i pasientbehandlingen av hjertestans i stor grad varierte fra medarbeider til medarbeider, og konsekvensen av det kunne i verste fall bidra til dårlig kvalitet i pasientbehandlingen:

«Vi jobber nå med et prosjekt som går ut på bruk av beslutningsstøtte i sanntid i forbindelse med hjertestans, en idé som jeg har jobbet med sammen med andre i Akuttklikken. Tanken er å produsere frem en slags beslutningsstøtte på nettbrett eller noe tilsvarende. Applikasjonen skal fungere på samme måte som en GPS gjør på en bil, den skal hjelpe de ansatte til å ta beslutninger i sanntid avhengig av den situasjonen de er i» Hotel.

### **Teoretisk tilnærming:**

Utfordringer på arbeidsplassen tvinger OUS som organisasjon til å søke etter endring. Det finnes eksempler (som nevnt ovenfor) hvor medarbeidernes operasjonelle kunnskap blir avgjørende for slike endringer, fordi man ofte sitter både på problemet og løsningen (Aasen og Amundsen 2011). Innovasjon finner sted når nye utfordringer og problemer blir definert (slik det gjorde i Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og ved Akuttklikken), ny kunnskap tvinges frem (utdanning for radiografer og introduksjon av beslutningsstøtte i sanntid), og brukes til å løse utfordringene man står ovenfor (falskehals ved Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og kvalitet i pasientbehandling ved Akuttklikken) (Lam 2005:124).

Eksemplene over viser at det lå en vesentlig mengde med kreativitet til grunn og en evne til å improvisere når medarbeiderne skulle finne løsninger til uforventede problemer (Brown og Duguid 1991). Medarbeiderne måtte bevege seg utenfor de organiserte rutine og formelle plattformer for å klemme ut en idé, samtidig som muligheten for å gjøre nettopp det lå til rette, gjennom prosjektmidler og nødvendige ressurser til henholdsvis ideen om utdanning av radiografer og ideen om sanntidsapplikasjon for beslutningsstøtte. Denne typen læring, som av flere læringsteoretikere blir omtalt som adaptiv læring forbedrer evnene til å løse problemer som er kjente for medarbeiderne, uten å forstyrre det eksisterende systemet eller den etablerte måten ting fungerer på (Botkin m.fl. 1979, Høystrup 2012, Ellström 2010).

Høystrup (2012) understreker at:

«The fundamental approach in the learning theories is that employee learning at the workplace – in terms of new knowledge, expertise and problem-solving skills – constitutes the raw material for employee-driven innovation (3:2012)».

Når man er på jakt etter løsninger på problemer, endringer og forbedringer gjennomgår medarbeiderne og organisasjonen en læringsprosess og som bidrar til innovasjon. Nye utfordringer og problemer løses, ny kunnskap skapes og organisasjonen lærer og innoverer. Dermed fremstår læring og innovasjon enda tydeligere som et sammenvevd fenomen

(Hauknes og Koch 2005:36). Problemer og utfordringer i arbeidshverdagen, medarbeiderens mulighet til å delta i organisasjonens praksiser for å løse dette (Elkjær og Wahlgren 2006) og med påfølgende mulighet til å gjøre noe med det (autonomi, ressurser, evnen til å implementere) legger et godt grunnlag for MDI ved OUS.

#### 4.4.3 Rutiner og innovasjon

Rutiner og prosedyrer er begreper som ved OUS omtales om hverandre. En rutine kan forklares som en fastsatt, detaljert fremgangsmåte, og kan være en standard prosedyre som skal følges regelmessig. Prosedyren blir til rutine når den gjøres som standard regelmessig praksis. Hensikten med en prosedyre er å sikre at en handling i klinisk praksis utføres i henhold til pasientens preferanser, de beste tilgjengelige forskningsresultatene og klinisk erfaring (Kunnskapsbasert praksis 2012). Rutiner anses av informantene som en forutsetning for å gjennomføre arbeidsoppgavene sine, og står nødvendigvis ikke i veien for kreativitet:

«For å kunne beherske mine arbeidsoppgaver må rutiner og prosedyrer være på plass, være gode, kvalitetssikret og forskningsbaserte. Men de kan alltid gjøres bedre, og her spiller gode ideer en viktig rolle. Rutinene kan alltid forbedres» Alpha.

Helsevesenet blir av flere kritisert for å være konservative og ha rigide rutiner i sine organisasjoner (Svendsen 2013). Flere informanter mente at situasjonen i helsevesenet ikke er «svart-hvit» og at helsevesenet er avhengig av rutiner:

«Vi må ha rutiner, vi er helt avhengig av det, ellers kan det gå utover pasienten og det går ikke» India.

Det ble i intervjuene understreket at argumentet om rigide rutiner som et hinder for innovasjon er aktuelt for OUS, men at rutinene oppfattes likevel ikke som absolutte og urokkelige:

«De er såpass fleksible at du har et handlingsrom innenfor de etablerte rutinene. Innenfor en bransje av helsevesenets karakter må man ha rutiner, ellers blir det opp til hver enkelt, og det kan gå bokstavelig talt på helsa løs» Bravo.

Flere av informantene pekte på erfaring som en forutsetning for kreativitet i en arbeidshverdag preget av rutiner, og at med erfaring kommer også et bredere handlingsrom:

«Er du ny må du innarbeide rutinene, du må vite hvordan du forholder deg til for eksempel en respiratorpasient. Når det er en naturlig del av arbeidet å jobbe med livstruende pasienter sier det seg selv at man ikke skal være kreativ. Hvis du ikke har erfaring da må du følge rutinene til punkt og prikke» Alpha.

Erfaring trenger heller ikke å bety at man blir utsatt for innlåsing og stivhengighet.

Ekspertise og erfaring bidrar til mer kunnskap og selvtillit hos medarbeideren, som igjen fører til at det blir enklere å improvisere:

«På grunn av erfaringen så etablerer jeg en vurderingsevne og handlingsrommet for denne vurderingsevnen øker jo mer erfaring jeg får» Hotel.

Det kan dermed argumenteres for at rutiner potensielt kan bidra til kreativitet i hverdagen. På den andre siden, kan det til tider oppfattes som vanskelig som nyansatt å bringe inn sine ideer til sin nye arbeidsplass. Det er ikke alltid lett å komme inn som nyansatt og nytenkende og foreslå endringer.

«Jeg har erfaring fra tre forskjellige akuttavdelinger og opplevde at man jobbet litt forskjellig på hver avdeling, og at det eksisterte en "her hos oss gjør vi det sånn" holdning. Det gjorde det vanskelig å bryte med de etablerte rutinene» Charlie.

Informantene med lederansvar ga inntrykk av at det er et mål for dem å klare å ha gode rutiner i avdelingen samtidig som man satser på innovasjon, og at begge målene i fellesskap bidrar til bedre pasienttjenester. Stor variasjon i standardprosessene i avdelingenes tjenesteproduksjon anses som en stor utfordringen for hele sykehuset.

«Det må være et mål å ha bestemte rutiner og prosedyrer på en enkel prosedyre som for eksempel hvordan man gjennomfører narkose fordi vi er nødt til å ha standardiserte måter å gjøre ting på for å ha god kvalitet. Variasjon eller mangel på rutiner vil ofte være et problem. Det jeg ser som et mål, det er å definere et handlingsrom for utviklingsarbeid som er tydelig ved siden av standardiseringsarbeidet» Hotel.

Et eksempel på hvordan en slik parallell prosess, med rutinisering og innovasjon kan utspille seg, er implementering av et IT-program som skal tas i bruk i Akuttklinikken. Alle avdelingene i klinikken skal være standardisert på samme versjon av programmet, men likevel kan ledelsen oppnevne en avdeling, som får en særstatus for en periode til å prøve en annen versjon av programmet, eller et annet program. Denne måten å drive utvikling på blir pekt på som avgjørende for å kunne være innovativ, takle fremtidige utfordringer og levere best mulig kvalitet.

I forlengelsen av dette ble det understreket av flere informanter at det er et mål om at kliniske fagprosedyrer skal være forskningsbaserte. Det blir oppfattet som en svakhet at det eksisterer ulike prosedyrer ved ulike avdelinger for samme type behandling. Både en standardisering og gjennomgang, for å utelukke prosedyrer som ikke er bygget på forsvarlig forskning, er et viktig mål for OUS. Et nettverk for å nettopp gjøre dette arbeidet er etablert etter initiativ fra en medarbeider ved OUS. Nettverket fungerer som et verktøy for praktisk hjelp og støtte i arbeidet for de som ønsker å utvikle fagprosedyrer. *Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer*, som

nettverket heter har en nettside hvor både helsepersonell, pasienter og forskere kan melde sine prosedyrer til vurdering og godkjenning. Rådet for prosedyrenettverket vurderer de innmeldte prosedyrene, og ved godkjenning blir prosedyrene offentliggjort og spredt til alle norske helseforetak. Hensikten med å dele og koordinere prosedyrer er at man unngår dobbeltarbeid, og får bedre kvalitet på innholdet (Kunnskapsbasert praksis 2012).

Rutiner anses som beskrevet over ikke som et hinder for kreativitet, og særlig for de medarbeiderne som hankses med rutiner i sin arbeidshverdag. Det er den erfaringen og kunnskapen som dannes på bakgrunn av daglige gjøremål og de mange rutiner som følger med som skaper kreativitetsrommet hos medarbeideren. Det er jakten etter og motivasjonen til å forbedre sin arbeidsplass som motiverer medarbeiderne til å tenke annerledes og innovere. Tidligere er det blitt argumentert for at den operasjonelle kunnskapen hos medarbeideren utgjør en gullgruve for innovasjon på arbeidsplassen. Det gjelder også innovasjon av rutiner:

«De som jobber ved senga må tenke nytt hele tiden for å forbedre rutiner, og man kjenner det på kroppen når prosesser ikke fungerer som de skal, derfor kan en forbedring av en prosedyre bidra til mer effektivitet og bedre kvalitet» Juliett.

### **Teoretisk tilnærming:**

OUS som et stort fagbyråkrati er avhengig av rutiner for at medarbeiderne skal gjennomføre oppgavene i tråd med de målene organisasjonen har satt seg. Intervjuene viser at medarbeiderne ved OUS anser rutiner som et viktig arbeidsverktøy, og understreker at rutiner ikke nødvendigvis står i veien for nytenking.

Det er et selvstendig mål for OUS å redusere variasjon mellom individene når det gjelder oppfatning av og gjennomføringen av en arbeidsoppgave. Dette har likhetstrekk med det som kalles adaptiv læring, som Høystrup (2012:29) mener bidrar til å støtte MDI på flere måter. Adaptiv læring verdsetter egenskaper som å gjøre ting raskere, gjøre ting mer presist og sørge for lav grad av feil. Organisasjonen går til anskaffelse av varige metoder og regler for å hankses med kjente og gjentakende situasjoner, og rutinerer løsninger når det er på plass, noe som svarer OUS sine mål. Selv om dette kan oppfattes som en motpart og en barriere til innovasjon, mente medarbeiderne at rutiner og prosedyrer ikke hindrer kreativitet. Erfaring og ekspertise bidrar til at medarbeiderne ved OUS kan mestre mange aktiviteter uten overdrevne anstrengelser og derfor kan allokere oppmerksomhet og tid fra rutineoppgaver til mer kreative oppgaver (Ellström 2006). Det kan derfor argumenteres for at adaptiv læring kan anses som fasilitator for innovativt arbeid gjennom at de lærte rutinene og handlingsmønstrene fungerer som forutsetninger for å generere frihet til å kunne være kreativ og innovativ (Høystrup

2012:24). Dette underbygger det synet medarbeiderne ved OUS har på rutiner og det faktum at det gjøres et kontinuerlig arbeid, gjennom *Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer* for å samkjøre, forbedre og videreutvikle prosedyrer.

Intervjuene viste at det som i læringsteorien omtales som utforskende læring også er en verdsatt form for læring ved OUS. Gjennom delegert ansvar og forventninger om å utvikle faget sitt legges et ansvar på medarbeiderne til å stille spørsmål, reflektere og om nødvendig transformere etablerte praksiser i organisasjonen (innenfor gitte rammer). Eksemplet fra Akuttavdelingen og implementeringen av et nytt IT-program med en tilhørende pilotgruppe for å utforske andre muligheter er et godt eksempel på utforskende læring. Utforskende læring strengt tolket fordrer til handling og læring preget av risiko-taking og atferd for kritisk refleksjon, og tilstrekkelig ressurser for å eksperimentere og teste alternative arbeidsmåter i ulike situasjoner. Risikotaking eller variasjon i prosedyrer og rutiner verdsettes ikke ved OUS, rett og slett fordi det kan gå ut over kvaliteten på pasientbehandlingen, men eksemplet over viser nettopp at det er mulig å igangsette utforskende læring uten at det nødvendigvis trenger å gå utover kvaliteten på pasientbehandlingen. Mens adaptiv læring, har fokus på å redusere graden av variasjon og oppnå homogenitet i prosedyrer og praksiser, har utforskende læring fokus på å utforske variasjon og mangfold i måter man tenker og handler på. Eksempelet over viser nettopp at variasjon i forståelsen av problemer med påfølgende eventuelle løsninger kan skape et rammeverk for innovative rekombinasjoner (Schumpeter 1934).

Medarbeiderne ved OUS har erfaring med adaptiv og utforskende læring i sin arbeidshverdag. Den adaptive læringsprosessen tilfaller mer naturlig i de daglige arbeidsoppgavene, mens den utforskende læringsprosessen ofte er kontrollert på ledelsesnivå og tilfaller medarbeiderne når ledelsen har bestemt det.

Kombinasjon av elementer fra begge læringsprosesser er fordelaktig (Ellström 2010, March 1991) for OUS og legger til rette for innovasjon ved sykehuset. Overdreven rutinisering kan sette skylapper på medarbeiderne og hemme deres evne til å identifisere og håndtere nye ideer, samtidig gir rutiner medarbeiderne erfaring og ekspertise til å generere mer tid til utforskning og variasjon. Organisatorisk læring som en prosess innehar elementer av forstyrrelser ettersom det setter spørsmåltegn ved måten arbeidsprosessen er organisert på (Weick og Westly 1996). Med forventninger til medarbeiderne til å vise kritiske refleksjon og utvikle sitt fagområde kan det argumenteres for at begge læringsprosesser fremstår som komplementære snarere enn konkurrerende. Så lenge målet om god kvalitet på

pasientbehandlingen ikke kommer i konflikt for noen av læringsprosessene så vil de være komplementære prosesser som legger til rette for kontinuerlig forbedring av arbeidsplassen og ikke minst MDI.



# 5 Oppsummering og avslutning

*«Everything should be made as simple as possible, but not simpler» - Albert Einstein*

I dette avsluttende kapitlet vil jeg redegjøre for resultatene fra analysen og drøfte de opp mot problemstillingen for denne avhandlingen: *Under hvilke betingelser og hvordan skaper medarbeidere innovasjon ved Oslo Universitetssykehus?*

Avslutningsvis vil jeg trekke noen hovedlinjer hva gjelder selve forskningen. Jeg vil her peke på forskningens begrensninger, på de teoretiske og praktiske implikasjoner som følge av avhandlingen og mine tanker for videre forskning hva angår MDI.

## 5.1 Under hvilke betingelser og hvordan skaper medarbeidere innovasjon ved Oslo Universitetssykehus?

Oslo universitetssykehus, som Norges største sykehus, har både mål og ambisjoner om å være i front når det gjelder innovasjon, og anser sine medarbeidere som viktige aktører i sykehusets innovasjonsaktivitet. Gjennom denne avhandlingen har jeg undersøkt hvordan medarbeiderne ved OUS involveres i innovasjonsarbeidet, gjennom å se på informasjonsforholdet, beslutningsstruktur, ulike fremgangsmåter for den innovative medarbeider og organisasjonsstruktur. Jeg har også undersøkt hvilken betydning ledelsestøtte, autonomi og samarbeid har å si for medarbeidernes innovasjonsevne ved OUS. Tilslutt har jeg sett på sammenhengen mellom læring og innovasjon og hvordan utforinger i hverdagen tvinger frem innovasjon. Organisering, ledelse og læring utgjør viktige drivere for MDI ved OUS.

### ***Organisering***

Organisasjoner som ønsker å fremme innovasjon bør legge til rette for organisatoriske rammer som understøtter innovasjon (Lam 2005), og flere slike rammer eksisterer ved OUS.

Analysen har vist at ledelsen ved OUS anerkjenner medarbeidernes operasjonelle kunnskap som en viktig kilde til innovasjon, innovasjonsbeslutninger og beslutninger for øvrig. Denne anerkjennelsen understreker forståelsen om at medarbeiderens iboende kunnskap og erfaring gjennom daglige gjøremål, bidrar til læring av prosessdetaljer på det operasjonelle nivået og

således kan utgjøre en gullgruve for nye ideer (Aasen og Amundsen 2011). Når ledelsens strategiske kunnskap og medarbeidernes operasjonelle kunnskap finner sammen blir beslutningene bedre. For å kunne få dette til trenger organisasjonen en struktur for involvering av medarbeiderne i beslutningsprosesser. En slik struktur eksisterer ved OUS og har likheter med Kesting og Ulhøis (2010) idealstruktur for beslutninger. Ledelsen sitter på beslutningsansvaret og vedtar mål, strategier og visjoner, mens medarbeiderne fyller disse beslutningene med kunnskap og ekspertise og fatter operative beslutninger innenfor den gitte rammen. Dette kan være gjenstand for en drakamp mellom ledelsen og medarbeiderne. Derfor vil tydelige involveringsmekanismer gjøre det enklere for medarbeideren å kjenne sine muligheter og begrensinger. Dette vil også gjøre involveringsprosessen enklere for ledelsen.

En medarbeider som sitter på en god idé har flere fremgangsmåter for å få realisert ideen. Ved OUS går man som regel via nærmeste leder dersom man sitter på en god idé. I tillegg kan medarbeideren henvende seg til Idépoliklinikken og Inven2, som fungerer som idékasser som prosesserer ideer fra blant annet medarbeidere og utgjør et viktig verktøy for å utløse medarbeiderdrevne innovasjoner. Idépoliklinikken og Inven2 åpner muligheten for alle å sende inn nye ideer, og utgjør således inkluderende organ for MDI. Disse organene er ikke bare en slags forslagskasse, ettersom forslagene og ideene prosesseres seriøst og fordi prosessen inneholder flere elementer som inviterer idehaver i videreutviklingen og realiseringen av ideen.

Ved OUS er det et ønske om en nedenfra og opp praksis på innovasjonsaktiviteten, men den dominerende arbeidsmåten for innovasjon preges av en ovenfra og ned praksis (De Speigelaere m.fl. 2012). Det er påfallende at informanter med lederansvar er mer aktive i innovasjonsarbeidet ved OUS enn informanter uten lederansvar, og er således i tråd med Thunes forskning på sykehus som innovasjonsarena (Thune 2015). Ulike former for organisering av MDI ved OUS har flere likheter med det som finnes i MDI-litteraturen. Den vide forståelse av hva som kan regnes som MDI - alt fra en medarbeiderinitiert innovasjon til en prosess hvor medarbeiderens rolle er begrenset til implementeringen av innovasjonen - tvinger frem en tydeliggjøring av hva som kan betegnes som MDI. Kesting og Ulhøi (2010) og Nærings- og handelsdepartementet opererer med en vid forståelse av MDI, det samme gjør Hertzberg og Moen (2010:13) som sier at MDI er innovasjoner (nye produkter, prosesser eller tjenester) som er frambrakt gjennom en åpen og inkluderende innovasjonsprosess basert på en systematisk anvendelse av medarbeidernes ideer, kunnskap og erfaring – som er utviklende

for virksomhetens totale innovasjonsevne. Dermed kan MDI forstås både som en håndfast innovasjon, men også som en innovasjonsprosess. I avhandlingen opereres det med begge forståelsene, og det kan derfor virke forvirrende for leseren. For videre forskning vil en tydeliggjørende definisjon på hvilke aktiviteter kan forstås som MDI være en fordel.

Idegenerering utgjør den første fasen i en innovasjonsprosess, og analysen har vist at det eksisterer flere faktorer ved OUS som bidrar til å sette medarbeiderne i stand til å generere nye ideer. Ved OUS motiveres medarbeiderne av incentiver og belønninger som gir de oppmerksomhet, anerkjennelse og økt kunnskap og erfaring – gjennom deltakelse i for eksempel konferanser. Mangel på tid og ressurser til innovasjonsaktiviteter utgjør et hinder for idegenerering, og i tillegg kan budsjettstyringen ved sykehuset fort komme i veien for medarbeidernes motivasjon til å foreslå ideer (Kesting og Ullhøi 2008). Dette kan hemme MDI, og sammenfaller ikke med OUS sitt ønske om å være Europas ledende sykehus på innovasjon.

OUS som et fagbyråkrati innehar flere elementer som kan legge til rette for MDI. Delegert ansvar til den enkelte medarbeider, autonome medarbeidere, kunnskapsrike fagmiljøer og til en viss grad stabile og forutsigbare omgivelser danner en hybrid av mekaniske og organiske strukturer (Burns og Stalker 1961) og legger til rette for innovative organisasjoner. Samtidig kan koordinerings- og samarbeidsproblemer og rivalisering mellom faggrupper og avdelinger utgjøre en barriere for MDI ved OUS (Mintzberg 1979). Det samme gjør sammenslåingen mellom Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål universitetssykehus og Aker universitetssykehus til OUS. Dette er utfordringer som ledelsen ved OUS er kjent med, og de derfor har som tidligere nevnt igangsatt flere strategier for å fremme samarbeid mellom avdelinger.

### ***Ledelse***

Innovasjonsledelse og støtte fra ledelsen er viktige drivere for MDI ved OUS, særlig i idegenereringsfasen (Smith m.fl. 2012). Dette utfordres av ledere som ikke anser innovasjon og nytenking som en viktig del av medarbeidernes gjøremål (Bruce 1994, Tierney m.fl. 1999) og av lederutskiftninger som kan skape ustabile omgivelser, hvor ideer fra medarbeidere kan bli oppfattet som kritikk av ledelsen (Clegg m.fl. 2002).

En form for lederstøtte ved OUS er å vise tillit til medarbeidere gjennom å gi dem mulighet til å fatte beslutninger og utføre arbeidsoppgaver uten å bli utsatt for et høyt innslag av oppsyn.

Autonomi ble tolket av informantene som det å kunne bruke arbeidstiden på oppgaver som medarbeideren selv fastsetter. Autonomi ble også tolket som medarbeiderens opplevelse av selvbestemmelse ved å delta i beslutninger og beslutningsprosesser som berører arbeidsplassen. Analysen har vist at det er en sammenheng mellom autonomi til medarbeiderne og kreativitet på arbeidsplassen (Axtel m.fl. 2000), og at det som avgjør hvor mye autonomi den enkelte medarbeider har er avhengig av ens posisjon og stilling. Sykehuset som et fagbyråkrati kjennetegnes som tidligere nevnt av sterke, kunnskapsrike, men ikke minst autonome fagmiljøer, som har anledningen til å sette av tid til kreativitet, nytenking og utvikling.

Samarbeid og interaksjon mellom kolleger, profesjoner og avdelinger ved OUS utgjør en viktig katalysator for MDI. Samarbeid bidrar til ide-, kunnskap- og erfaringsutveksling mellom medarbeiderne (Paulus og Yang 2000) til å flate ut hierarkiet mellom leder og medarbeider. Konsekvensen av dette er bedre og smartere gjennomføring av arbeidsoppgavene og lavere terskel for å foreslå ideer (Kijkuit og van den Ende 2007). Koordinerings- og samarbeidsproblemer ved OUS kan gå utover organisasjonens innovasjonsevne, men det gjøres forsøk på forbygge dette gjennom strategier som skal fremme samarbeid mellom avdelinger. Traumeteamet i Akuttklinikken og sammenslåingen av avdelinger i sommermånedene som eksempler på slike strategier viser at det eksiterer felles normer og verdier mellom medarbeidere på tvers av profesjon og avdeling, og bidrar således positivt til organisasjonens innovasjonsevne. Det som kan bidra negativt på organisasjonens innovasjonsevne er den syv år gamle sammenslåingen av OUS. Sammenslåingen av de fire sykehusene og dermed 4 ulike kulturer, verdier og normer blir fortsatt ansett som en barriere for gjennomføringen av arbeidsoppgavene.

### ***Læring***

Ved OUS verdsettes forskningsposisjon høyt. Dette skaper et viktig kunnskapsgrunnlag for ideer og kan bidra til innovasjonsmuligheter (Fagerberg & Verspagen 2009). I tillegg anses kontinuerlig læring og kompetanseheving av medarbeidere ved OUS som en nødvendighet. Læring og kompetanseheving utgjør en forutsetning for forbedring, utvikling og innovasjon (Brown og Duguid 1991), og gir medarbeidere ved OUS både kapasiteten og muligheten til å utforske innovasjonsmuligheter (De Spiegelare et al. 2012). Klinikene og avdelingene har i tillegg til planer for videre- og etterutdanning av medarbeiderne flere formelle kanaler for kompetanseheving, deriblant kliniske fagstige, eHåndboken, fagdager og

utdanningsprogrammer gjennom Utdanningscenteret. Gjennomføring av de daglige oppgavene og interaksjon mellom kolleger danner grunnlag for erfaring- og kunnskapsutveksling, og utgjør den uformelle læringskanalen for medarbeiderne (Fenwick 2003). Samarbeid bidrar altså, slik det ble argumentert for over, til bedre tjenester, flatere hierarki, men også til læring.

Læring og innovasjon finner også sted når medarbeiderne ved OUS møter på utfordringer som oppstår i arbeidshverdagen. Utfordringer tvinger frem kreativitet og den operasjonelle kunnskapen som medarbeiderne besitter fører ofte med seg løsningen på utfordringen (Aasen og Amundsen 2011). Jakten etter løsninger på utfordringer og forbedringer bidrar til at medarbeiderne og organisasjonen blir utsatt for en læringsprosess som bidrar til innovasjon (Elkjær og Wahlgren 2006).

Å kombinere mål om å redusere variasjon gjennom prosedyrer og rutiner og samtidig drive med utvikling og innovasjon kan oppfattes som en utfordrende øvelse. Ved OUS fungerer adaptiv læring og utforskende læring som dynamiske prosesser som komplementerer hverandre og som legger til rette for innovasjon (Ellström 2010, March 1991). Adaptiv læring bidrar gjennom prosedyrer og rutiner til effektiv og presis gjennomføring av arbeidsoppgavene. Dette kan allokere tid fra rutineoppgaver til mer kreative oppgaver og dermed legge til rette for innovasjon (Ellström 2006). Utforskende læring hindrer at det settes skylapper på medarbeiderne, som kan hemme deres evne til å identifisere og håndtere nye ideer. Utforskende læring ved et sykehus skal ikke gå utover kvaliteten på pasientbehandlingen og setter dermed en hindring for risiko-taking, som igjen kan bidra til status quo. OUS har funnet sin balanse for hvordan adaptiv læring og utforskende læring skal kombineres, og det er kombinasjonen av disse læringsprosessene som legger til rette for MDI.

## **5.2 Begrensninger, implikasjoner og videre forskning**

Funnene fra avhandlingen har avdekket detaljert informasjon om hvordan organisering, ledelse og læring på hver sin måte bidrar til at medarbeidere ved OUS deltar i sykehuset innovasjonsaktivitet.

Avhandlingen bygger på utsagn fra informanter, informasjon fra dokumenter og personlige

observasjoner, og studerer komplekse aspekter som organisering, ledelse og læring. Disse aspektene inneholder mange ikke-lineære prosesser og påvirkningsfaktorer som både har positive og negative påvirkninger på MDI. I tillegg kan det tenkes at det å studere hvert aspekt i dybden ville ha gitt mer fullstendige svar på forskningsmålet, men grunnet avhandlingens omfang har jeg ikke kunnet gå i dybden på alle.

Litteraturgjennomgangen viste at MDI er et kjent fenomen, men som er lite forsket på. I avhandlingen har det, som tidligere nevnt blitt operert med en vid definisjon av MDI. Det ville være en fordel med en tydeliggjøring, og ikke minst en snevring av definisjonen, ettersom det sannsynligvis vil gjøre det enklere å studere det. En tydeliggjøring vil også gjøre implementeringen av MDI-strukturer enklere for ledere og organisasjoner som ønsker å involvere sine medarbeidere i innovasjonsaktiviteter.

Behovet for billigere og bedre helsetjenester i kombinasjon med aldrende befolkning og strammere budsjetter vil tvinge frem behovet for å innovere. Mange av de som opplever utfordringene i helsesektoren sitter også på løsningene på dem. Dersom Norges største sykehus klarer å utløse disse ideene vil det være penger spart, bedre tjenester og fornøyde medarbeidere. Behovet for innovasjon i helsesektoren vil alltid være der, og kanskje i større grad i tiden som kommer. Derfor vil også behovet til å studere hvordan medarbeidere kan settes i stand til å innovere som en naturlig del av sin arbeidshverdag være av interesse for videre forskning. Denne handlingen har berørt deler av dette, men langt fra i alle.

# Litteraturliste

- Aasen, T., M., B. & Amundsen, O. (2011). *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Ahern, M. (1993). The softness of medical production and implications for specifying hospital outputs. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 20(3), 281-294.
- Amundsen, O., Aasen, T. M., Gressgård, L. J., & Hansen, K. (2014). Preparing organisations for employee-driven open innovation. *Int. Journal of Business Science and Applied Management*, 9(1).
- Anatole-Touzet, V., & Souffir, W. (1996). Innovation technologique, organisation du travail et gestion des compétences. *Gestions hospitalières*, (354), 222-225.
- Argote, L. (2012). *Organizational learning: Creating, retaining and transferring knowledge*. Springer.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective* (Vol. 173). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Amabile, T. M., Schatzel, E. A., Moneta, G. B., & Kramer, S. J. (2004). Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support. *The Leadership Quarterly*, 15(1), 5-32.
- Amabile, T.M. (1988) A model of creativity and innovation in organizations. *Research in Organizational Behavior*,10, 123-167.
- Amabile, T.M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., Herron, M. (1996). Assessing the work environment for creativity. *Academy of Management Journal*. 39(5), 1154-1185.
- Axtell, C. M., Holman, D. J., Unsworth, K. L., Wall, T. D., Waterson, P. E., & Harrington, E. (2000). Shopfloor innovation: Facilitating the suggestion and implementation of ideas. *Journal of occupational and organizational psychology*, 73(3), 265-285.
- Bain, P. G., Mann, L., & Pirola-Merlo, A. (2001). The Innovation Imperative The Relationships Between Team Climate, Innovation, and Performance in Research and Development Teams. *Small Group Research*, 32(1), 55-73.
- Balconi, M., Brusoni, S., & Orsenigo, L. (2010). In defence of the linear model: An essay. *Research Policy*, 39(1), 1-13.
- Bantel, K. A., & Jackson, S. E. (1989). Top management and innovations in banking: does the composition of the top team make a difference?. *Strategic Management Journal*, 10(S1), 107-124.

- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ: British Medical Journal*, 322(7294), 1115.
- Bartel, A. P., & Lichtenberg, F. R. (1985). The comparative advantage of educated workers in implementing new technology: some empirical evidence.
- Bazerman, M.H. 1998. *Judgment in Managerial Decision Making*. New York: John Willey & Sons
- Bessant, J. and Caffyn, S. (1997) High-involvement innovation through continuous improvement. *Int. Journal of Technology Management*, 14 (1), pp. 7-28.
- Bessant, J. R. (2003). *High-involvement innovation: building and sustaining competitive advantage through continuous change*. Wiley.
- Betsch, T., Haberstroh, S., Glöckner, A., Haar, T., Fiedler, K. (2001), The effects of routine strength on information acquisition and adaptation in recurrent decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 84: 23-53.
- Botkin, J., Elnadsra, M. & Malitza, M. (1979). *No Limits to Learning*. Oxford: Pergamon
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization science*, 2(1), 40-57.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1998). Organizing Knowledge. *California management review*, 40(3).
- Burke, D. E., & Menachemi, N. (2004). Opening the black box: Measuring hospital information technology capability. *Health Care Management Review*, 29(3), 207-217.
- Burns, T. E., & Stalker, G. M. (1961). The management of innovation. *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship*.
- Carlzon, J. (1987). *Moments of truth*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Chen, M. H. (2007). Entrepreneurial leadership and new ventures: Creativity in entrepreneurial teams. *Creativity and Innovation Management*, 16(3), 239-249.
- Claussen T. (2001) Medvirkningsbasert bedriftsutvikling. I Grønhaug, K., & Hansen, K. *Medvirkning, læring og konkurransevne*. Fagbokforlaget.
- Clegg, C., Unsworth, K., Epitropaki, O., & Parker, G. (2002). Implicating trust in the innovation process. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(4), 409-422.
- Conlisk, J. (1996). Bounded rationality and market fluctuations. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 29(2), 233-250.



- Coruzzi, C. A. (1987). Moments of Truth. *The Academy of Management Executive*, 1(3), 256-257.
- Cox, T. H., Lobel, S. A., & McLeod, P. L. (1991). Effects of ethnic group cultural differences on cooperative and competitive behavior on a group task. *Academy of management journal*, 34(4), 827-847.
- Cronbach, L. J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 30(2), 116.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of management journal*, 34(3), 555-590.
- De Jong, J. P., & Kemp, R. (2003). Determinants of co-workers' innovative behaviour: An investigation into knowledge intensive services. *International Journal of Innovation Management*, 7(02), 189-212.
- De Jong, J. P., & Den Hartog, D. N. (2007). How leaders influence employees' innovative behaviour. *European Journal of innovation management*, 10(1), 41-64.
- De Spiegelaere, S., Van Gyes, G., & Van Hootegem, G. (2012). Mainstreaming Innovation in Europe. Findings on Employee Innovation and Workplace Learning from Belgium.
- Denzin, N.,K. & Lincoln, Y.,S. (Eds.). (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.
- Djellal, F., & Gallouj, F. (2005). Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, 34(6), 817-835.
- Dowling, R. (2010). Power, Subjectivity, and Ethics in Qualitative Research. In I. Hay (ed.), *Qualitative Research Methods in Human Geography*, (s. 26-39) New York: Oxford University Press.
- Dunn, K. (2010). Interviewing. In I. Hay (Red.), *Qualitative Research Methods in Human Geography*, (s. 99-137) New York: Oxford University Press.
- Edquist, L. (2005). Systems of innovation.: Perspectives and challenges. I Fagerberg, J., Mowery, D. C., & Nelson, R. R. (Eds.). *The Oxford handbook of innovation*. Oxford Handbooks Online.
- Ehn, P. (1993). Scandinavian design: On participation and skill. *Participatory design: Principles and practices*, 41-77.
- Eisenhardt, K. M. 1989. Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4): 532-550.
- Ekvall, G. (1996). Organizational climate for creativity and innovation. *European journal of work and organizational psychology*, 5(1), 105-123.

- Elkjær, B., & Wahlgren, B. (2006). Organizational learning and workplace learning—similarities and differences. *Learning, working and living*, 15-33.
- Ellström, P. E. (2010). Practice-based innovation: a learning perspective. *Journal of Workplace Learning*, 22(1/2), 27-40.
- Empson, L. (2001). Introduction: Knowledge management in professional service firms. *Human Relations*, 54(7): 811-817.
- Evans, K., Hodkinson, P., Rainbird, H., & Unwin, L. (2006). *Improving workplace learning*. Routledge.
- Fagerberg, J. D.C. Mowery & R.R. Nelson (eds.) (2005), *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.
- Fagerberg, J., & Verspagen, B. (2009). Innovation studies—The emerging structure of a new scientific field. *Research policy*, 38(2), 218-233.
- Fees, W., & Taherizadeh, A. H. (2012). Exploring the Employee-Driven Innovation Concept by Comparing Innovation Capability Management Among German and Chinese Firms. I Høyrup, S., Hasse, C., Bonnafous-Boucher, M., Møller, K., & Lotz, M. (Eds.). *Employee-driven innovation: A new approach*. Palgrave Macmillan.
- Feldman, M.S. (2003), A performance perspective on stability and change in organizational routines, *Industrial and Corporate Change* 12: 727-752.
- Fenwick, T. (2003). Innovation: Examining workplace learning in new enterprises. *Journal of Workplace Learning*, 15(3), 123–132.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M., & Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human relations*, 55(12), 1429-1449.
- Flynn, F. J., Chatman, J. A., & Spataro, S. E. (2001). Getting to know you: The influence of personality on impressions and performance of demographically different people in organizations. *Administrative Science Quarterly*, 46(3), 414-442.
- Fuchs, V. R. (1990). The health sector's share of the gross national product. *Science*, 247(4942), 534-538.
- Gallouj, F. (2002). *Innovation in the service economy: the new wealth of nations*. Edward Elgar Publishing.
- Gallouj, F., & Weinstein, O. (1997). Innovation in services. *Research policy*, 26(4), 537-556.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*, 8(4), 597-607.
- Gomm, R., Hammersley, M., & Foster, P. (Eds.). (2000). *Case study method: Key issues, key texts*. Sage.

- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelig metoder*. Fagbokforlaget. Bergen
- Guzzo, R. A., & Dickson, M. W. (1996). Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness. *Annual review of psychology*, 47(1), 307-338.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- Hansen, M.T., Birkinshaw, J. (2007), The Innovation Value Chain. *Harvard Business Review* 85(6), 121-131.
- Hashimoto, H., Noguchi, H., Heidenreich, P., Saynina, O., Moreland, A., Miyazaki, S. & Ikegami, N. (2006). The diffusion of medical technology, local conditions, and technology re-invention: a comparative case study on coronary stenting. *Health policy*, 79(2), 221-230.
- Hasu, M., Saari, E., & Mattelmäki, T. (2011). Bringing the employee back in: integrating user-driven and employee-driven innovation in the public sector. I Sundbo, J., & Toivonen, M. (Eds.). *User-based Innovation in Services*. Edward Elgar Publishing.
- Hertzberg, D. & Moen, S. E. (2010). Deltakende innovasjon. Medarbeideres innovasjonsaktivitet i fem bedrifter i Buskerud. *Fafo-rapport*.
- Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard business review*, 84(5), 58.
- Høyrup, S. (2012) Employee-driven innovation: A new phenomenon, concept and mode of innovation. I Høyrup, S., Hasse, C., Bonnafous-Boucher, M., Møller, K., & Lotz, M. (Eds.). *Employee-driven innovation: A new approach*. Palgrave Macmillan.
- Jackson, S. E., May, K. E., & Whitney, K. (1995). Under the dynamics of diversity in decision-making teams. I Guzzo, R. A., Salas, E., Goldstein, I. L., & Guzzo. *Team effectiveness and decision making in organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jensen, M., Johnson, B., Lorenz, E. & Lundvall, B.-A. (2007). Forms of knowledge and modes of innovation. *Research Policy*, 36(5), 680–693.
- Johnsen, Hans Chr. Garmann og Øyvind Pålshaugen (2013). *Hva er innovasjon? Perspektiver i norsk innovasjonsforskning. Bind 2: Organisasjon og medvirkning – en norsk modell?* Oslo. Cappelen Damm, Akademisk.
- Kanter, R. M. (2000). When a thousand flowers bloom: Structural, collective, and social conditions for innovation in organization. *Entrepreneurship: the social science view*, 167-210.
- Kesting (2007), Why innovations have to overcome routine. *History of Economic Ideas* 15, 137-156.
- Kesting, P., & Ulhøi, J. P. (2008). Employee Driven Innovation: The Discovery of the Hidden Treasure. In *Workshop of the European Network of the Economics of the Firm*.

- Kesting, P., & Ulhøi, J. P. (2010). Employee-driven innovation: extending the license to foster innovation. *Management Decision*, 48(1), 65-84.
- Kijkuit, B., & Van Den Ende, J. (2007). The Organizational Life of an Idea: Integrating Social Network, Creativity and Decision-Making Perspectives. *Journal of Management Studies*, 44(6), 863-882.
- Klein, G.A., Orasanu, J., Calderwood, R. & Zsombok, C. (1993). *Decision Making in Action: Models and Methods*. Ablex Publishing. Co, Norwood, NJ.
- Kline, S.K. & Rosenberg, N. (1986), *The Positive Sum Strategy: Harnessing Technology for Economic Growth*. National Academy Press: Washington.
- Koch, P., & Hauknes, J. (2005). *On innovation in the public sector*. NIFU.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- Lam, A. (2000). Tacit knowledge, organizational learning and societal institutions: an integrated framework. *Organization studies*, 21(3), 487-513.
- Lam, A. (2005). Organizational innovation. I Fagerberg, J., Mowery, D. C., & Nelson, R. R. (Eds.). *The Oxford handbook of innovation*. Oxford Handbooks Online.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge university press.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative science quarterly*, 12(1).
- Lorenz, E., & Lundvall, B. Å. (2006). *How Europe's economies learn: coordinating competing models*. Oxford University Press.
- Løwendahl, B. (1995). *Strategic Management of Professional Service Firms*. Copenhagen Business School Press DK.
- Lundvall, B., & Nielsen, P. (1999). Competition and transformation in the learning economy-illustrated by the Danish case. *Revue d'économie industrielle*, 88(1), 67-89.
- March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization science*, 2(1), 71-87.
- Ellström, P. E. (2006). The meaning and the role of reflection in informal learning at work. *Productive reflection at work. Learning for changing organizations*, 43-54.

- McConnell, C. R. (2005). Larger, smaller, and flatter: the evolution of the modern health care organization. *The Health Care Manager*, 24(2), 177-188.
- McCracken, G. (Ed.). (1988). *The long interview* (Vol. 13). Sage.
- Miles, M. B. (1979). Qualitative data as an attractive nuisance: the problem of analysis. *Administrative science quarterly*, 590-601.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Miner, A. S., Bassof, P., & Moorman, C. (2001). Organizational improvisation and learning: A field study. *Administrative Science Quarterly*, 46(2), 304-337.
- Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations: A synthesis of the research. *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship*.
- Myers, M. D. (2009). *Qualitative research in business and management*. Sage.
- Napier, N. K., & Nilsson, M. (2006). The development of creative capabilities in and out of creative organizations: three case studies. *Creativity and Innovation Management*, 15(3), 268-278.
- Newell, B. R., Lagnado, D. A., & Shanks, D. R. (2007). *Straight choices: The psychology of decision making*. Psychology Press.
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H., & Swan, J. (2009). *Managing knowledge work and innovation*. Palgrave Macmillan.
- Nilsen, E.R (2011). The modern hospital as a learning organization – a contradiction in terms? Fremført på den femte *Nordic Conference on Health Organization and Health Management*. København 13-14.januar 2011.
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science*, 5(1), 14-37.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company*. New York: Oxford University Press.
- Nyeng, F. (2007). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- O'Reilly, C. A., & Flatt, S. (1989). Executive team demography, organizational innovation, and firm performance (Working Paper). *Berkeley, Calif.: University of California*.
- Oldham, G. R., & Cummings, A. (1996). Employee creativity: Personal and contextual factors at work. *Academy of management journal*, 39(3), 607-634.

OUS. (2009). Styresak 86/2009 - Overordnet organisering av Oslo Universitetssykehus. Oslo: Oslo University Hospital HF.

Parker, S. K., Wall, T. D., & Jackson, P. R. (1997). "That's not my job": Developing flexible employee work orientations. *Academy of management journal*, 40(4), 899-929.

Parzefall, M. R., Seeck, H., & Leppänen, A. (2008). Employee innovativeness in organizations: a review of the antecedents. *Finnish Journal of Business Economics*, 2(08), 165-182.

Paulus, P. B., & Yang, H. C. (2000). Idea generation in groups: A basis for creativity in organizations. *Organizational behavior and human decision processes*, 82(1), 76-87.

Pavitt, K. (2005). Innovation processes. I Fagerberg, J., Mowery, D. C., & Nelson, R. R. (Eds.). *The Oxford handbook of innovation*. Oxford Handbooks Online.

Perry-Smith, J.E & Shalley, C. (2003). The Social Side of Creativity: A Static and Dynamic Social Network Perspective. *The Academy of Management Review*, 28(1), 89-106

Phelps, C. E. (1997). Health Economics. USA, Addison-Wesley.

Price, O. M., Boud, D., & Scheeres, H. (2012). Creating work: Employee-driven innovation through work practice reconstruction. I Høyrup, S., Hasse, C., Bonnafous-Boucher, M., Møller, K., & Lotz, M. (Eds.). *Employee-driven innovation: A new approach*. Palgrave Macmillan.

Punch, K. F. (2005). *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches*. Sage.

Ragin, C. C., & Amoroso, L. M. (2011). *Constructing social research: The unity and diversity of method*. Pine Forge Press.

Reber, A.S. & Lewis, S. (1977). Implicit learning: an analysis of the form and structure of a body of tacit knowledge. *Cognition*, 5(4),: 333-361.

Ronstadt, R. (1989). The corridor principle. *Journal of Business Venturing*, 3(1), 31-40.

Schumpeter, J. A. (1934). *The theory of economic development: An inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle* (Vol. 55). Transaction Publishers.

Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. *Academy of management journal*, 37(3), 580-607.

Shephard, R. W. (1970). *Theory of cost and production functions* (No. 4). D. Gale, & H. W. Kuhn (Eds.). Princeton: Princeton University Press.

Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. 4. utg. Sage. London

- Simon, H.A. (1979), Rational Decision Making in Business Organizations. *The American Economic Review* 69, 493-512.
- Smith, P., Ulhøi, J. P., & Kesting, P. (2012). Mapping key antecedents of employee-driven innovations. *International Journal of Human Resources Development and Management*, 12(3), 224-236.
- Sprigg, C.A., Jackson, P.R., & Parker, S.K. (2000). Production teamworking: The importance of interdependence and autonomy for employee strain and satisfaction. *Human Relations*, 53, 1519–1543.
- Stanback, T. M. (1987). *Computerization and the transformation of employment: Government, hospitals, and universities*. Westview Press.
- Sundbo, J., & Toivonen, M. (Eds.). (2011). *User-based Innovation in Services*. Edward Elgar Publishing.
- Tannenbaum, S. I. (1997). Enhancing continuous learning: diagnostic findings from multiple companies. *Human Resource Management*, 36(4), 437-452.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thune, T. (2015). *Sykehus som innovasjonsarena*. TIK Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo.
- Tidd, J., & Bessant, J. (2009). *Managing innovation: integrating technological, market and organizational change*. John Wiley & Sons.
- Tierney, P., Farmer, S. M., & Graen, G. B. (1999). An examination of leadership and employee creativity: The relevance of traits and relationships. *Personnel Psychology*, 52(3), 591-620.
- University Press.
- Van de Ven, Andrew H. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management science*, 32(5), 590-607.
- Vinding, A. L. (2002). Interorganizational diffusion and transformation of knowledge in the process of product innovation. Doctoral dissertation, IKE Group/DRUID. *Department of Business Studies, Aalborg University*, 85(6), 121-31.
- Wagner-Tsukamoto, S. (2007). An institutional economic reconstruction of scientific management: on the lost theoretical logic of Taylorism. *Academy of Management Review*, 32(1), 105-17.
- Walsh, J. P., & Ungson, G. R. (1991). Organizational memory. *Academy of management review*, 16(1), 57-91.

Watson, W. E., Kumar, K., & Michaelsen, L. K. (1993). Cultural diversity's impact on interaction process and performance: Comparing homogeneous and diverse task groups. *Academy of management journal*, 36(3), 590-602.

Weick, K. E., & Westley, F. (1996). Organizational learning: Affirming an Oxymoron." I Clegg, S.R, Hardy, C. *Handbook of organization studies*. WR Nord.

Wenger, E. (1998). Communities of practice: Learning as a social system. *Systems thinker*, 9(5), 2-3.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). Sage.

Zenas, B.; MacMillan, I.C. (1985) Milstones for successful venture planning. *Harvard Business Review*, 63(5): 184-196.

Zhou, J. (1998). Feedback valence, feedback style, task autonomy, and achievement orientation: Interactive effects on creative performance. *Journal of Applied Psychology*, 83(2), 261-276.

#### **Andre kilder:**

Alnes, J.H (2009). Hermeneutikk. *Den store norske leksikon*.

Carlsen, K.C, Staff, A. (2012). *Forskningshåndboken: Fra idé til publikasjon*. 5.utgave. Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus

Difi (2015). *Ulike typer innovasjon*. URL: <http://www.anskaffelser.no/innovasjon/kva-er-innovasjon/ulike-typer-innovasjon> Lastet ned: 20.5.2016

Ellingsen, C. (2013). *Hvordan lykkes med innovasjon?*. Presentasjon ved Evry konferansen. Stab forskning, innovasjon og utdanning – Innovasjonsseksjonen. OUS

Evalueringsbrosjyre (2013). Idépoliklinikken. OUS.

Fagforbundet (2010). *Klinisk fagstige - Seksjon helse og sosial*. URL: [http://www.fagforbundet.no/shs/?article\\_id=95625](http://www.fagforbundet.no/shs/?article_id=95625) lastet ned:20.5.2016

Idépoliklinikken (2016). Din idé gir verdi! URL: <http://www.idepoliklinikken.no/> Lastet ned: 20.5.2016

Inven2 (2016). Arbeidsprosess. URL: <http://www.inven2.com/no/process/ott-process> Lastet ned: 20.5.2016

Kunnskapsbasert praksis (2012). Prosedyrer. URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/anvendelse/kbp/prosedyrer/> Lastet ned: 20.5.2016



NOU (1997: 2). *Pasienten først - Ledelse og organisering i sykehus!*. Sosial- og helsedepartementet

Sandvik, E. (2002). *Praksisfelleskap, en måte å lære sammen på*. URL:

<http://kmgrouppublish.com/praksisfelleskap-en-maate-aa-laere-sammen-paa.300024-45755.html> Lastet ned: 08.05.2014

OUS (2010). Akuttklinikken. URL: [http://www.oslo-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_akuttklinikken)

[universitetssykehus.no/omoss/\\_avdelinger/\\_akuttklinikken](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_akuttklinikken) Lastet ned: 20.5.2016

OUS (2011). Innovasjonsstrategi OUS (2011-2015). [http://www.oslo-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Ann)

[universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Ann](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Ann)  
[en%20lysp%C3%A6re\\_%20Innovasjonsstrategi.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Ann) Lastet ned: 20.5.2016

OUS (2012). Fagdag i pasient- og pårørendeopplæring. URL. [http://www.oslo-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_seksjon-for-pasient-og-)

[universitetssykehus.no/omoss/\\_avdelinger/\\_seksjon-for-pasient-og-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_seksjon-for-pasient-og-)  
[parorendeopplering/\\_Sider/fagdager.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_seksjon-for-pasient-og-) Lastet ned: 20.5.2016

OUS (2013). Handlingsplan innovasjon (2013-2014). URL. [http://www.oslo-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Inno)

[universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Inno](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Inno)  
[vasjon/Handlingsplan\\_Innovasjon\\_OUS.2013\\_2014.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Inno) Lastet ned: 20.5.2016

OUS (2013b). Strategi 2013-2018. URL. [http://www.oslo-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/M%C3%A5l%20og%20strategi)

[universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/M%C3%A5l%20og%20strategi](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/M%C3%A5l%20og%20strategi)  
[er/Strategi-OUS-2013-2018.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/M%C3%A5l%20og%20strategi) Lastet ned: 20.5.2016

OUS (2013c). Utdanningsstrategi 2013-2018. URL. [http://www.oslo-](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Utdanning/Utdanningsstrategi%20)

[universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Utdanning/Utdanningsstrategi%20](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Utdanning/Utdanningsstrategi%20)  
[013-2018.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Utdanning/Utdanningsstrategi%20)

OUS (2016). Organisering. URL. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/om->

[oss/organisering](http://www.oslo-universitetssykehus.no/om-) Lastet ned: 20.5.2016

Scherurs, N. (2012). *Slik blir du e-pasient*. URL:

<http://www.idg.no/computerworld/helse/article245275.ece> Lastet ned: 20.5.2016

SSB (2015), *Spesialisthelsetjenesten*, 2014. URL:

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2015-06-18> Lastet ned: 20.5.2016

St.meld.nr 7 (2008-2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Nærings – og handelsdepartementet.

St.meld.nr 42 (1997-98). *Kompetansereformen*. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet

Svendsen, S.H (2013). *Nektet å rykke ut til pasienter med hjertestans*. Verdens Gang. URL:

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/nektet-aa-rykke-ut-til-pasienter-med-hjertestans/a/10114876/> Lastet ned: 20.5.2016

Wageheim, Danielle (2013). *NSF OUS svarer Bratten ang sommerferieplanleggingen i sykehuset*. Norsk Sykepleierforbund. URL: [https://www.nsf.no/vis-artikkel/1236793/NSF-](https://www.nsf.no/vis-artikkel/1236793/NSF-OUS-svarer-Bratten-ang-sommerferieplanleggingen-i-sykehuset)

[OUS-svarer-Bratten-ang-sommerferieplanleggingen-i-sykehuset](https://www.nsf.no/vis-artikkel/1236793/NSF-OUS-svarer-Bratten-ang-sommerferieplanleggingen-i-sykehuset) Lastet ned: 20.5.2016

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Introduksjon

Kan du fortelle litt om deg selv, din stilling og kompetansefelt?

Hvor lenge har du jobbet her?

-hva jobber du mest med akkurat nå?

-Hva forsøker du å oppnå på kort og lang sikt? Hva ville være et ideelt resultat fra det du jobber med nå?

-Opplever du noen hindringer til å oppnå dette?

-Er det noe i din jobb som er spesielt utfordrende?

-Hvilken rolle spiller innovasjon i denne sammenhengen?

-Hva legger du i begrepet innovasjon og hvilken erfaring har du med?

### Ledelsesstøtte

-Er det et uttalt mål i din avdeling at medarbeiderne skal være kreative?

-Hvis en ansatt får en god ide, har hun anledning til å omsette denne til en praktisk forbedring?

-Hvordan får lederen dere ansatte til å være mer kreative? / hvordan får du dine ansatte til å være mer kreative?

-Hvordan blir nye ideer tatt imot?

-Vil du beskrive din avdeling som innovativ?

-Hva mener du en leder kan bidra med for å sette innovasjon på dagsorden i sin avdeling?

-Er det noen steg enn andre i innovasjonsprosessen du mener lederens støtte er viktigere?

### Autonomi

-I hvor stor grad har du frihet over egen arbeidshverdag?

-Hvor mye har du å si på å utforme dine arbeidsoppgaver og organisasjonens/avdelingens mål?

### Samarbeid

-I hvilken grad har din avdeling et klima for samarbeid mellom kolleger, avdelinger og andre organisasjoner?

-Hvilke typiske oppgaver samarbeider du med dine kolleger om?

-Har dere noe rutiner/prosesser for å øke samarbeidsgraden mellom de ansatte i avdelingen?

-Hvilke effekter ser du av samarbeid på arbeidsplassen?

#### Organisasjonens normer for utforskning

-Føler du at rutiner i din arbeidshverdag hindrer deg fra å tenke nytt?

-Får du noe intensiver til å innovere/ komme med nye ideer?

-Finnes det noen arenaer hvor det er lettere å lufte ideer og få dem hørt?

-Føler du noe ansvar for å forbedre din arbeidsplass?

#### Beslutningsstruktur

-Har du levert noen ideer til din avdelingsleder?

-Hvordan ble det tatt imot og hvor mye ble du inkludert i prosessen?

-Hvilken kunnskap har du om OUS forventninger for innovasjon?

#### Læring og kunnskap

-Hva føler du er din viktigste kilde til kunnskap i din arbeidshverdag?

-Hva slags kunnskap føler du er viktig å sitte på for å kunne være i stand til å tenke nytt og kreativt?

-Har man noe prosesser i din avdeling for kompetanseheving?