

Sammen om fremtidens helsetjeneste

En kvalitativ casestudie av Health2B som arena for offentlig-privat helseinnovasjon

Aurora Aasrud Haug & Jenny Nysæther Gulbrandsen

Digitalisering i helsesektoren

60 studiepoeng

Vår 2026

Institutt for informatikk

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet



Sammen om fremtidens helsetjeneste

En kvalitativ casestudie av Health2B som arena for offentlig-privat helseinnovasjon

Sammendrag

Den norske helsesektoren står overfor sammensatte utfordringer knyttet til ressursmangel, økt behov for samhandling og krav om digital omstilling. Innovasjon i helsesektoren handler derfor ikke bare om utvikling og bruk av ny teknologi, men også om organisatoriske endringer, nye arbeidsformer og samarbeid på tvers av offentlige, private og ideelle aktører. Med dette som utgangspunkt undersøker denne masteroppgaven hvordan innovasjonsarenaen Health2B legger til rette for samhandling, og hvilke former for verdi deltakerne opplever at arenaen skaper.

Studiens overordnede forskningsspørsmål er: Hvordan kan Health2B bidra til verdiskaping og samhandling mellom offentlige og private aktører innen norsk helsesektor? For å belyse dette undersøker oppgaven hvilke former for verdi deltakerne opplever, hvordan samhandlingen fungerer i praksis, og hvordan erfaringene fra Health2B kan gi innsikt i innovasjonsarenaers rolle i offentlig-privat samarbeid. Studien er gjennomført som en kvalitativ deltakende casestudie basert på intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse, med særlig vekt på Health2Bs arbeid med digital hjemmeoppfølging. Det teoretiske rammeverket kombinerer institusjonell logikk med Villani et al. (2017) sitt rammeverk for organisatorisk design og verdiskaping i hybride samarbeid. Funnene viser at Health2B særlig bidrar ved å bygge samhandlingskapasitet i et fragmentert helseinnovasjonsøkosystem. Arenaen skaper relasjonell verdi gjennom nettverk og tillit, organisatorisk verdi gjennom læring og innsikt, strategisk verdi gjennom agenda-setting og felles problemforståelse, og samfunnsmessig verdi ved å styrke forutsetningene for mer helhetlige tjenester og mer målrettet bruk av teknologi. Samtidig er verdien ofte prosessuell og mellomliggende, fordi den først og fremst ligger i relasjoner, innsikter og koblinger som kan muliggjøre senere samarbeid og innovasjon. Studien viser også at overgangen fra dialog til realisert verdi er krevende. Barrierene handler blant annet om uklar videreføring, svak organisatorisk forankring, ulike mål og forventninger, samt strukturelle forhold knyttet til anskaffelser, finansiering, datadeling og fragmentering. Health2B kan derfor forstås som et nøytralt koblingspunkt og en oversettelsesarena. Arenaen styrker forutsetningene for innovasjon, men kan ikke alene sikre implementering eller systemendring. For at verdien skal realiseres, må samhandlingen kobles tydeligere til beslutningsmyndighet, ansvar, ressurser og gjennomføringsstrukturer i helsesystemet rundt arenaen.

Nøkkelord: Health2B, innovasjonsarena, offentlig-privat samarbeid, digital helseinnovasjon, samhandling, verdiskaping, institusjonell kompleksitet, organisatorisk design.

Abstract

The Norwegian healthcare sector faces challenges related to resource constraints, increasing demands for collaboration, and digital transformation. Therefore, innovation in healthcare is not only about technology, but also about new ways of working, organisational change, and collaboration across public, private and non-profit actors. This master's thesis examines how the innovation arena Health2B facilitates collaboration, and what forms of value the participants experience that the arena creates.

The overall research question is: How can Health2B contribute to value creation and collaboration between public and private actors in the Norwegian healthcare sector? The study is designed as a qualitative participatory case study based on interviews, observations and document analysis, with particular emphasis on Health2B's work on digital home monitoring and home-based care. The theoretical framework combines institutional logics with Villani et al.'s (2017) framework for organisational design and value creation in hybrid collaborations.

The findings show that Health2B contributes particularly by building collaborative capacity in a fragmented healthcare innovation ecosystem. The arena creates relational value through networks and trust, organisational value through learning and insight, strategic value through agenda-setting and shared problem understanding, and societal value by strengthening the conditions for more integrated services and more targeted use of technology. At the same time, this value is often processual and intermediate, as it primarily lies in relationships, insights and connections that may enable future collaboration and innovation.

The study also shows that the transition from dialogue to realised value is challenging. Barriers include unclear follow-up, weak organisational anchoring, different goals and expectations, and structural conditions related to procurement, financing, data sharing and fragmentation. Health2B can therefore be understood as a neutral connecting point and a translation arena. The arena strengthens the conditions for innovation, but cannot by itself ensure implementation or system change. For value to be realised, collaboration must be more clearly connected to decision-making authority, responsibility, resources and implementation structures in the surrounding healthcare system.

Keywords: Health2B, innovation arena, public-private collaboration, digital health innovation, collaboration, value creation, institutional complexity, organisational design.

Forord

«Tiden da offentlig og privat sektor kunne arbeide hver for seg med «sine» utfordringer er for lengst forbi»

– Bjørn Atle Lein Bjørnbeth, Oslo universitetssykehus, Health2Bs årsrapport 2025

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på vår studietid. Arbeidet har vært en lærerik og inspirerende prosess, der vi har fått fordype oss i et tema vi opplever som både aktuelt og meningsfullt. Gjennom oppgaven har vi fått verdifull innsikt i betydningen av samarbeid, innovasjon og samhandling på tvers av aktører i helsesektoren.

Først og fremst ønsker vi å takke vår veileder, Professor Johan Ivar Sæbø, for faglig støtte, konstruktive tilbakemeldinger og gode refleksjoner gjennom hele prosessen. Din evne til å utfordre oss, stille gode spørsmål og samtidig motivere oss underveis har vært svært verdifull.

Videre vil vi takke daglig leder, Elen Høeg, og andre involverte i Health2B for å ha tatt oss varmt imot, åpnet arbeidsplassen og arenaen for oss, inkludert oss i spennende diskusjoner og delt av sin kunnskap og erfaring. Deres bidrag har gitt oss verdifull innsikt og vært viktig for arbeidet med oppgaven.

Vi ønsker også å takke alle informantene som har stilt opp til intervju og delt sine erfaringer, perspektiver og refleksjoner med oss. Deres åpenhet og vilje til å bidra har gitt oss et rikt datagrunnlag og viktige nyanser som har styrket oppgaven.

Avslutningsvis sitter vi igjen med stor takknemlighet for alle menneskene vi har møtt gjennom denne prosessen. Arbeidet med oppgaven har ikke bare gitt oss faglig kunnskap, men også nye perspektiver på betydningen av samarbeid, tillit og nyskaping i møte med fremtidens utfordringer i helsesektoren.

Universitetet i Oslo, mai 2026

Aurora Aasrud Haug

Jenny Nysæther Gulbrandsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	IV
Abstract.....	V
Forord.....	VI
Innholdsfortegnelse	VII
Liste over tabeller.....	X
Liste over figurer	XI
1. Introduksjon	1
1.1 Forskningsspørsmål.....	3
1.2 Avgrensing.....	4
1.3 Bruk av kunstig intelligens.....	5
1.4 Oppgavens struktur	5
2. Litteraturgjennomgang	8
2.1 Fra innovasjonsklynger til innovasjonsarenaer	8
2.2 Offentlig-private samarbeid og hybride organisasjoner	10
2.3 Verdiskaping og samhandling i komplekse innovasjonsprosesser	12
2.4 Oppsummering og kunnskapsgap	15
3. Kontekst og casebeskrivelse	18
3.1 Health2B som innovasjonsarena	19
3.2 Organisering og partnerskap	20
3.3 Verdigrunnlag og strategiske rammer	23
3.4 Strategiske fokusområder og arbeidsformer	24
3.4.1 Arbeidsgruppen for hjemmebehandling.....	26
3.4.2 Øvrige arbeidsgrupper.....	29
3.5 Oppsummering av kontekst og casebeskrivelse.....	30

4. Teoretisk rammeverk	31
4.1 Institusjonell logikk og institusjonell kompleksitet	31
4.2 Organisatorisk design og verdiskaping i hybride samarbeid.....	35
4.2.1 Ressurser og komplementaritet	36
4.2.2 Prosesser.....	36
4.2.3 Styring	37
4.3 Oppsummering av det teoretiske rammeverket.....	37
5. Metodologi.....	39
5.1 Filosofisk utgangspunkt	39
5.2 Forskningsdesign.....	40
5.2.1 Deltakende casestudie	40
5.3 Datainnsamling.....	41
5.3.1 Innledende arbeid	42
5.3.2 Observasjoner.....	43
5.3.3 Intervjuer	45
5.3.4 Dokumentanalyse	49
5.4 Dataanalyse	49
5.4.1 Analysemetode: tematisk analyse	50
5.4.2 Koding.....	50
5.4.3 Analysens tilnærming.....	51
5.4.4 Gjennomføring av analysen	52
5.5 Kvalitet og begrensninger	54
5.6 Etske hensyn og refleksjoner	56
6. Funn og analyse	58
6.1 Hvordan samhandling muliggjøres i Health2B	59
6.1.1 Nøytral samhandlingsarena	59
6.1.2 Tillit, åpenhet og relasjonelle mekanismer.....	62
6.1.3 Gjensidig forståelse og et helhetlig syn.....	65
6.1.4 Arenaen som brobygger mellom aktører og logikker.....	68

6.2	Verdi som skapes gjennom samhandling	72
6.2.1	Relasjonell verdi.....	72
6.2.2	Organisatorisk verdi	75
6.2.3	Strategisk verdi.....	78
6.2.4	Samfunnsmessig verdi.....	81
6.3	Begrensninger og barrierer for verdiskaping	85
6.3.1	Fra dialog til handling: utfordringen med å konkretisere verdi	85
6.3.2	Organisatoriske barrierer	88
6.3.3	Aktørsammensetning som premiss for verdiskaping	91
6.3.4	Ulike mål, tempo og forventninger	95
6.3.5	Strukturelle utfordringer.....	98
6.4	Institusjonell kompleksitet i Health2B: en analytisk sammenfatning av funnene .	102
7.	Diskusjon.....	107
7.1	Innovasjonsarenaer som koblingspunkt i et fragmentert innovasjonsøkosystem ..	108
7.2	Verdiskaping som mellomliggende og prosessuell	110
7.3	Fra dialog til handling: samhandlingskapasitet og gjennomføringskapasitet	112
7.4	Institusjonell kompleksitet som ressurs og barriere	115
7.5	Implikasjoner for utvikling og evaluering av innovasjonsarenaer	117
7.6	Oppsummering	118
8.	Konklusjon.....	120
8.1	Videre forskning	122
	Litteraturliste.....	124
	Vedlegg	128
	Vedlegg 1: SIKT-godkjenning.....	128
	Vedlegg 2: Intervjuguide for partnere	129
	Vedlegg 3: Intervjuguide for ikke-partnere	131
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	133

Liste over tabeller

Tabell 1. Aktørtyper og roller i Health2B-partnerskapet.....	22
Tabell 2. Health2Bs strategiske fokusområder i perioden 2024-2025	25
Tabell 3. Oversikt over deltakelse og observasjonsgrunnlag i Health2B.....	42
Tabell 4. Oversikt over informanter	46
Tabell 5. Eksempler på initielle koder.....	53
Tabell 6. Eksempler på temautvikling.....	54

Liste over figurer

Figur 1.Første workshop i arbeidsgruppen for hjemmebehandling	28
Figur 2. Samhandling mellom aktører i Health2B	69
Figur 3. Workshop om systemkartlegging i arbeidsgruppen for hjemmebehandling.	77
Figur 4. Sammenhengen mellom institusjonelle logikker, organisatorisk design og verdiskaping i Health2B.....	106

1. Introduksjon

Den norske helsetjenesten står overfor sammensatte og strukturelle utfordringer som legger økende press på både bærekraften og organiseringen av tjenestene. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan identifiseres særlig mangel på helsepersonell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og behovet for likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester som sentrale utfordringer (Meld. St. 9 (2023–2024)). Disse utfordringene forsterkes av demografiske utviklingstrekk, som en aldrende befolkning og økende forekomst av kroniske sykdommer. Dette bidrar til økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, samtidig som tilgangen på personell og ressurser er begrenset. Helsepersonellkommisjonen peker på at framtidens utfordringer ikke kan løses gjennom økt bemanning alene, men krever mer effektiv bruk av personell og kompetanse, samt omstilling i hvordan tjenestene organiseres og leveres (NOU 2023:4; Meld. St. 9 (2023–2024)).

Digitalisering fremheves av myndighetene som et sentralt virkemiddel i omstillingen av helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 9 (2023–2024)). Særlig trekkes digital hjemmeoppfølging frem som et tiltak med potensial til å styrke pasienters egenmestring, bidra til mer behovsstyrt oppfølging og legge til rette for mer effektiv ressursbruk i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022, 2024). Samtidig illustrerer slike løsninger at digital innovasjon i helsesektoren ikke bare handler om teknologi, men også om nye arbeidsformer, ansvarsfordelinger og samarbeidsformer mellom aktører.

Forskning viser at innføring av digitale helsetjenester er krevende, blant annet fordi løsningene må tilpasses eksisterende arbeidsprosesser, informasjonsinfrastrukturer og kliniske praksiser (Greenhalgh et al., 2017; Aanestad et al., 2017). Innovasjon i helsesektoren kan dermed forstås som en sosiotechnisk og institusjonelt kompleks prosess, hvor teknologiske og organisatoriske endringer må utvikles i tett samspill. I en studie av offentlig-private partnerskap i digital helsetransformasjon peker Casprini og Palumbo (2022) på at slike prosesser kan styrkes gjennom kobling mellom offentlige behov og privat kompetanse, kunnskapsdeling og en tydelig pasientorientering. Dette understreker at digital helseinnovasjon ikke kan forstås som et rent teknologisk spørsmål, men som en sammensatt endringsprosess som krever organisatorisk tilpasning og samhandling mellom flere aktører.

I lys av denne kompleksiteten fremstår innovasjonsklynger og samhandlingsarenaer som relevante støttestrukturer for utvikling og implementering av nye løsninger i helsesektoren. Slike arenaer kan samle aktører fra offentlig sektor, næringsliv, forskningsmiljøer og andre relevante institusjoner, og legge til rette for kunnskapsdeling, læring og koordinering på tvers av etablerte organisatoriske grenser (Porter, 1998; Zimmer et al., 2014; Meld. St. 30 (2019-2020)). Tidligere studier viser at innovasjonsklynger og tverrsektorielle samarbeidsarenaer kan bidra til relasjonsbygging, utvikling av felles forståelse og redusert koordineringsfriksjon mellom aktører (Zimmer et al., 2014). Slike mekanismer er særlig viktige i kontekster der offentlig sektor, leverandører og fagmiljøer må samordne både behov, teknologi og institusjonelle rammebetingelser. Innovasjonsarenaer kan dermed forstås som mellomliggende strukturer i et større økosystem, hvor formålet ikke bare er å utvikle konkrete løsninger, men også å styrke samhandlingskapasitet og etablere en felles retning over tid.

Health2B er et eksempel på en slik innovasjonsarena i norsk sammenheng. Arenaen ble etablert i 2022 i Forskningsparken i Oslo, med mål om å fremme samarbeid mellom offentlige og private aktører for å akselerere utviklingen av fremtidens helsetjenester (Health2B, 2024). Health2B fungerer som en møteplass for blant annet sykehus, kommuner, næringsliv og teknologileverandører, og legger til rette for både tematiske arbeidsgrupper og åpne møteplasser. Arenaen representerer dermed en struktur for kontinuerlig dialog og samhandling, heller enn et avgrenset innovasjonsprosjekt.

Samtidig er Health2B etablert som et offentlig-privat partnerskap med formål om å styrke samhandling, innovasjon og næringsutvikling i norsk helsesektor (Health2B, 2025a). Dette gjør arenaen relevant å forstå i lys av både klyngetenkning og offentlig-private samarbeidsformer. Flere av arenaens trekk kan knyttes til innovasjonsklynger, blant annet gjennom formaliserte samarbeidsrelasjoner, strategisk forankring og ambisjonen om å samle aktører rundt felles utfordringer i helsesektoren (Zimmer et al., 2014; Torchia et al., 2013). Som offentlig-privat partnerskap opererer Health2B i skjæringspunktet mellom offentlig og privat sektor, der aktører med ulike mål, interesser og ansvarsområder møtes. Health2B blir dermed en relevant case for å undersøke hvordan innovasjonsarenaer kan skape verdi gjennom samhandling mellom aktører med ulike roller, interesser og institusjonelle rammebetingelser.

Slike former for samarbeid har fått betydelig politisk og faglig oppmerksomhet, blant annet gjennom vektleggingen av nye samarbeidsformer mellom offentlig sektor, næringsliv og forskningsmiljøer i politiske styringsdokumenter (Meld. St. 30 (2019–2020)). Samtidig finnes det begrenset empirisk kunnskap om hvordan innovasjonsarenaer som Health2B fungerer i praksis. Dette gjelder særlig hvordan samhandling utvikles over tid, og hvordan ulike aktører forstår og opplever verdien av å delta i slike arenaer.

På bakgrunn av dette undersøker studien hvordan Health2B fungerer som innovasjonsarena for samhandling og opplevd verdiskaping mellom offentlige og private aktører i norsk helsesektor. Studien søker å bidra med empirisk innsikt i hvordan slike arenaer kan støtte samhandling på tvers av etablerte organisatoriske grenser, og hvilke betingelser som påvirker deres evne til å skape verdi over tid.

1.1 Forskningsspørsmål

Denne studien tar utgangspunkt i Health2B som empirisk case. Målet er å undersøke hvordan aktørene opplever deltakelsen i arenaen, hvilke former for verdi som skapes, og hvordan organisering og arbeidsformer påvirker samhandlingsprosessene. Studien søker også å identifisere faktorer som fremmer eller hemmer samhandling, og å utforske hvordan erfaringene fra Health2B kan bidra til økt forståelse av innovasjonsarenaer i norsk helsesektor.

Et sentralt utgangspunkt for studien er at innovasjonsarenaer er avhengige av at deltakerne opplever deltakelsen som meningsfull og verdifull. Dersom aktørene over tid ikke erfarer at deltakelsen gir dem nytte, kan motivasjonen for videre engasjement svekkes. Dette kan igjen redusere arenaens evne til å fungere som en stabil struktur for samhandling. Aktørenes opplevelse av verdiskaping er derfor ikke bare interessant i seg selv, men kan også forstås som en indikasjon på hvorvidt arenaen fungerer etter hensikten. På denne måten blir verdiskaping et sentralt analytisk inngangspunkt for å vurdere Health2Bs relevans og bærekraft over tid.

Det overordnede forskningsspørsmålet er:

Hvordan kan Health2B bidra til verdiskaping og samhandling mellom offentlige og private aktører innen norsk helsesektor?

For å belyse dette spørsmålet stiller vi tre underspørsmål:

- *Hvilke former for verdi opplever deltakerne at Health2B gir, og hvordan kommer denne verdiskapingen til uttrykk?*
- *Hvordan fungerer samhandlingen mellom aktørene i praksis, og hvilke barrierer og muligheter oppstår i samarbeidet?*
- *På hvilken måte kan erfaringene fra Health2B gi ny innsikt i hvordan innovasjonsarenaer kan styrke offentlig-privat samarbeid i helsesektoren?*

Studien er gjennomført som en kvalitativ casestudie med intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse som sentrale metoder. Dette gir mulighet til å utforske hvordan Health2B fungerer som innovasjonsarena i praksis, og å drøfte hvordan slike arenaer kan bidra til utvikling og implementering av nye løsninger i helsesektoren.

1.2 Avgrensing

Selv om Health2B omfatter et bredt spekter av aktører, aktiviteter og tematiske satsinger innen helsesektoren, retter denne studien særlig oppmerksomheten mot arenaens rolle som tilrettelegger for samhandling og opplevd verdiskaping mellom offentlige og private aktører. Studien undersøker hvordan Health2B skaper rammer for samarbeid, relasjonsbygging, læring og koordinering på tvers av sektorielle og organisatoriske grenser. Sentralt i analysen står hvordan aktørene opplever arenaens betydning, hvilke former for verdi som utvikles gjennom samhandlingen, og hvilke organisatoriske forhold som påvirker samarbeidet. Studien søker dermed ikke å gi et fullstendig bilde av Health2B som helhet, men å belyse utvalgte samhandlingsprosesser som er særlig relevante for problemstillingen.

Digital hjemmeoppfølging og hjemmebehandling inngår som en sentral empirisk kontekst i studien, fordi arbeidsgruppen for hjemmebehandling har vært en viktig del av datainnsamlingen gjennom observasjoner, intervjuer og dokumentanalyse. Dette området er analytisk relevant fordi det involverer både offentlige og private aktører, berører samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og aktualiserer spørsmål om teknologi, ansvar, datadeling, finansiering og implementering. Formålet er likevel ikke å evaluere digital hjemmeoppfølging som tiltak, teknologi eller tjenestemodell i seg selv. Digital hjemmeoppfølging brukes snarere som et konkret empirisk inngangspunkt for å undersøke hvordan samhandling og verdiskaping kommer til uttrykk i Health2B.

Avgrensningen innebærer videre at studien ikke forsøker å dekke alle aktiviteter, tematiske satsinger eller aktørgrupper tilknyttet Health2B. Analysen bygger på et utvalg av intervjuer, observasjoner og dokumenter som samlet gir innsikt i hvordan aktører opplever arenaens rolle, verdi og begrensninger. Dette gir grunnlag for en dyptgående analyse av samhandlingsprosesser og organisatoriske forhold i én konkret innovasjonsarena, samtidig som funnene kan gi overførbar innsikt til lignende innovasjonsarenaer, klynger og samarbeidsprosesser i helsesektoren.

1.3 Bruk av kunstig intelligens

I arbeidet med denne masteroppgaven har vi tatt i bruk generativ kunstig intelligens (KI) som støtteverktøy i ulike deler av skriveprosessen. Bruken har hovedsakelig vært knyttet til språklige forbedringer, som å finne synonymer, foreslå alternative formuleringer og bidra til en mer presis og sammenhengende tekst. I tillegg har KI blitt brukt som inspirasjonskilde i idéutvikling og til å peke på relevant forskning. Alt materiale som har blitt foreslått er blitt kontrollert og kvalitetssikret gjennom etablerte akademiske baser som Oria UiO (Universitetet i Oslo, u.å.).

Bruken av disse verktøyene har skjedd i tråd med Universitetet i Oslos retningslinjer for håndtering av data og personopplysninger (Universitetet i Oslo, 2018). Vi som forfattere står fullt ansvarlige for oppgavens innhold, argumentasjon og kildebruk.

1.4 Oppgavens struktur

Dette delkapittelet presenterer en oversikt over hovedkapitlene som studien består av. Kapittel 1 er introduksjonskapittelet, og vi begynner derfor denne oversikten med kapittel 2.

Kapittel 2: Litteraturgjennomgang

Kapittelet presenterer sentral teori og tidligere forskning om innovasjonsarenaer, offentlig-private samarbeid og verdiskaping og samhandling i komplekse helsekontekster. Avslutningsvis sammenfattes sentrale innsikter, og det identifiseres et kunnskapsgap knyttet til hvordan slike arenaer legger til rette for samhandling og opplevd verdiskaping over tid.

Kapittel 3: Kontekst og casebeskrivelse

Kapittelet presenterer Health2B som empirisk case og kontekst for den videre analysen. Det gir en oversikt over arenaens bakgrunn, formål, organisering, partnerskap, verdigrunnlag og arbeidsformer. Særlig vekt legges på arbeidsgruppen for hjemmebehandling, ettersom denne utgjør en sentral empirisk inngang til å analysere hvordan samhandling og verdiskaping kommer til uttrykk i Health2B. Formålet er å etablere et empirisk utgangspunkt for analysen av samhandling, verdiskaping og spenninger i Health2B.

Kapittel 4: Teoretisk rammeverk

Kapittelet presenterer det teoretiske rammeverket for analysen. Institusjonell logikk og institusjonell kompleksitet introduseres som en overordnet analytisk linse for å forstå spenninger og samspill mellom aktører i Health2B. Videre presenteres Villani et al. (2017) sitt rammeverk for organisatorisk design i offentlig-private samarbeid, med særlig fokus på dimensjonene ressurser, prosesser og styring. Perspektivene brukes til å analysere hvordan institusjonell kompleksitet håndteres organisatorisk, og hvordan dette påvirker verdiskaping og samhandling i innovasjonsarenaen.

Kapittel 5: Metodologi

Kapittelet beskriver og begrunner studiens kvalitative og fortolkende tilnærming, med en casestudie av Health2B som metodologisk utgangspunkt. Datainnsamlingen, bestående av intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse, redegjøres for, sammen med forskningsprosessen og utvalget av informanter. Analyseprosessen presenteres med utgangspunkt i tematisk analyse, før kapittelet avsluttes med en drøfting av kvalitet, begrensninger og etiske vurderinger.

Kapittel 6: Funn og analyse

Kapittelet presenterer og analyserer de empiriske funnene fra studien. Funnene er strukturert tematisk og belyser ulike former for samhandling og verdiskaping, sett fra både partneres og ikke-partneres perspektiv. Villani et al. (2017) sitt rammeverk anvendes først for å analysere hvordan ressurser, prosesser og styring påvirker samhandling og verdiskaping. Deretter benyttes institusjonell logikk og institusjonell kompleksitet for å forstå spenninger mellom aktørene.

Kapittel 7: Diskusjon

Kapittelet løfter analysen til et mer overordnet nivå og drøfter funnene i lys av teori og tidligere forskning. Det diskuteres hvordan institusjonell kompleksitet kommer til uttrykk i innovasjonsarenaer, og hvordan organisatorisk design påvirker verdiskaping. Videre vurderes i hvilken grad Health2B fungerer som en bro mellom ulike logikker, og hvilke betingelser som må være til stede for å realisere varig verdi.

Kapittel 8: Konklusjon

Kapittelet oppsummerer studiens hovedfunn og besvarer forskningsspørsmålet. Avslutningsvis diskuteres teoretiske og praktiske implikasjoner, samt forslag til videre forskning.

2. Litteraturgjennomgang

Formålet med dette kapittelet er å gi en oversikt over sentral teori og tidligere forskning som kan bidra til å forstå innovasjonsarenaer som organiseringsform i helsesektoren. Kapittelet retter særlig oppmerksomhet mot hvordan slike arenaer kan legge til rette for verdiskaping og samhandling mellom offentlige og private aktører i komplekse innovasjonsprosesser.

Litteraturen om innovasjonsklynger, innovasjonsøkosystemer og tverrsektorielt samarbeid gir et grunnlag for å forstå innovasjonsarenaer som strukturer som kan støtte koordinering, læring og utvikling over tid (Porter, 1998; Zimmer et al., 2014; Adner, 2017; Bryson et al., 2014). I helsesektoren er dette særlig relevant fordi innovasjon ofte involverer samspill mellom teknologi, organisasjon, profesjonelle praksiser og regulatoriske rammer. Samtidig viser litteraturen at innovasjon i helsesektoren ikke automatisk fører til realisert verdi, men påvirkes av hvordan nye løsninger integreres i eksisterende organisasjoner, arbeidsprosesser, infrastrukturer og profesjonelle praksiser (Greenhalgh et al., 2017; Aanestad et al., 2017).

Kapittelet er strukturert i fire deler. Først presenteres innovasjonsklynger og innovasjonsarenaer som organiseringsformer. Deretter redegjøres det for offentlig-private samarbeid og hybride organisasjoner. Videre diskuteres verdiskaping og samhandling i komplekse innovasjonsprosesser, før kapittelet avsluttes med en oppsummering og en tydeliggjøring av kunnskapsgapet studien søker å belyse.

2.1 Fra innovasjonsklynger til innovasjonsarenaer

Klyngeteori har lenge vært brukt for å forklare hvordan samlokalisering og nettverk kan fremme innovasjon og konkurransekraft. Porter (1998) beskriver klynger som geografiske konsentrasjoner av sammenkoblede virksomheter og institusjoner innenfor et avgrenset fag- eller næringsområde. Klynger består ikke bare av enkeltbedrifter, men av nettverk av aktører som samlet kan bidra til innovasjon, kunnskapsutvikling og konkurranseevne (Porter, 1998).

Slike konstellasjoner omfatter aktører i ulike deler av verdikjeden, fra leverandører og produsenter til kunder og distribusjonskanaler. De kan også inkludere virksomheter i relaterte bransjer som deler teknologi, kompetanse eller kunnskapsgrunnlag. Den tette koblingen mellom aktører kan legge til rette for læring, kunnskapsdeling og samhandling (Porter, 1998).

Hamdouch (2008, sitert i Zimmer et al., 2014) definerer innovasjonsklynger som «et sett av organisasjoner og institusjoner, definert ut fra sin karakter og lokalisering, som samhandler både formelt og uformelt gjennom ulike interorganisatoriske og interindividuelle nettverk, og som bidrar til implementeringen av innovasjoner innenfor en næringssektor, det vil si innenfor et område kjennetegnet av bestemte kunnskapsfelt, ferdigheter og teknologier».

Zimmer et al. (2014) viderefører dette perspektivet i helsekontekst og beskriver innovasjonsklynger som komplekse samarbeidskonstellasjoner preget av et mangfold av aktører fra industri, forskning, profesjoner og offentlige myndigheter. De viser at utviklingen av slike klynger forutsetter etablering av relasjoner, tillit og en viss grad av felles forståelse, samt utvikling av styringsstrukturer som muliggjør koordinering over tid. Kompleksiteten ligger dermed ikke bare i antall aktører, men i hvordan ulike interesser og forventninger forhandles og samordnes.

Videre peker Zimmer et al. på at utviklingen av innovasjonsklynger kan forstås som en prosess, der tidlige faser i større grad preges av relasjonsbygging og etablering av felles forståelse, mens senere faser i større grad handler om å koordinere aktiviteter og gjennomføre konkrete initiativer. Et slikt utviklingsperspektiv synliggjør at overgangen fra dialog og idéutvikling til mer modne samarbeidsformer kan være krevende, fordi den forutsetter tydeligere felles mål, bedre koordinering og mer strukturerte arbeidsformer. Graden og formen for verdiskaping kan dermed variere med hvordan slike prosesser utvikler seg over tid.

Med utgangspunkt i klyngeperspektivet kan innovasjonsarenaer forstås som mer konkrete organiseringsformer for samhandling mellom aktører i et innovasjonssystem. I denne studien brukes begrepet innovasjonsarena om organiserte møteplasser, prosesser og samarbeidsstrukturer der aktører fra ulike sektorer samhandler over tid for å bygge relasjoner, dele kunnskap, utvikle felles problemforståelser og koordinere innovasjonsaktiviteter. Mens klynger beskriver en bredere struktur av relasjoner mellom virksomheter, institusjoner og kunnskapsmiljøer (Porter, 1998; Zimmer et al., 2014), viser innovasjonsarenaer her til de mer avgrensede samhandlingsformene der slike relasjoner kan utvikles, vedlikeholdes og aktiveres i praksis.

Behovet for slike arenaer kan forstås i lys av forskning på innovasjonsøkosystemer og tverrsektorielt samarbeid. Innovasjonsprosesser kjennetegnes ofte av gjensidig avhengighet mellom aktører med ulike ressurser, kompetanser, mål og interesser. Det innebærer at ingen enkeltaktør nødvendigvis kontrollerer alle ressursene, beslutningene eller kunnskapen som kreves for å utvikle og implementere nye løsninger (Adner, 2017; Bryson et al., 2014; Zimmer et al., 2014). Adner (2017) fremhever at innovasjon i økosystemer forutsetter samordning mellom aktører med komplementære roller, mens Bryson et al. (2014) peker på at komplekse samfunnsutfordringer ofte krever samarbeidsformer som går på tvers av sektorer og organisatoriske grenser.

I denne sammenhengen kan innovasjonsarenaer forstås som praktiske mekanismer for å omsette potensialet i klynger og innovasjonsøkosystemer til konkret samhandling, læring og koordinering. I helsesektoren er dette særlig relevant fordi utvikling og implementering av nye løsninger ofte krever samarbeid mellom aktører som representerer ulike deler av systemet, herunder offentlige tjenesteytere, private leverandører, forskningsmiljøer og andre støtteaktører. Når slike arenaer samler aktører på tvers av sektorgrenser, aktualiseres samtidig spørsmål om hvordan offentlig-private samarbeid organiseres, hvilke ressurser og forventninger aktørene bringer inn, og hvordan slike forskjeller kan håndteres i praksis. Dette danner utgangspunktet for neste delkapittel, som tar for seg offentlig-private samarbeid og hybride organisasjoner.

2.2 Offentlig-private samarbeid og hybride organisasjoner

Offentlig-private samarbeid har blitt fremhevet som en viktig samarbeidsform i helsesektoren, særlig fordi slike samarbeid kan kombinere offentlige aktørers ansvar for tjenesteutvikling og samfunnsoppdrag med private aktørers ressurser, kompetanse og innovasjonskapasitet (Roehrich et al., 2014). Mer generelt kan offentlig-private samarbeid forstås som samarbeidsformer der offentlige og private aktører deler ressurser, ansvar og risiko for å utvikle eller levere tjenester og løsninger (Akhmetshina & Mustafin, 2015). Samtidig viser litteraturen at slike samarbeid ikke bare handler om å kombinere ressurser, men også om hvordan verdi skapes, fanges og fordeles mellom aktører med ulike mål og interesser (Kivleniece & Quelin, 2012).

Crosby et al. (2016) argumenterer for at tverrsektorielt samarbeid ofte er nødvendig for å håndtere komplekse offentlige problemer, men understreker samtidig at slike samarbeid må organiseres og ledes for å kunne skape offentlig verdi. Dette fremhever betydningen av samhandlingsarenaer der offentlige og private aktører kan utvikle felles problemforståelser, koordinere ressurser og utforske mulige løsninger. I helsesektoren viser Torchia et al. (2013) at offentlig-private partnerskap kan kombinere ulike ressurser og styrker, men at slike samarbeid også kan preges av utfordringer knyttet til styring, målkonflikter og uklare ansvarsforhold. Casprini og Palumbo (2022) viser videre at offentlig-private partnerskap kan støtte digital transformasjon i helsesektoren når offentlige behov kobles med privat kompetanse, og når samarbeidet legger til rette for kunnskapsdeling på tvers av organisatoriske og faglige grenser.

Dette gjør det relevant å forstå offentlig-private samarbeid som hybride organisasjonsformer, der ulike mål, ressurser og institusjonelle rammer sameksisterer. Slike konstellasjoner kan skape muligheter for verdiskaping fordi aktørene bringer inn ulike kompetanser, ressurser og perspektiver, men de kan også skape utfordringer knyttet til koordinering, styring og ansvarsdeling. Offentlig-private samarbeid innebærer derfor ikke bare samarbeid om utvikling og levering av tjenester, men også deling av ansvar, beslutninger, investeringer og risiko mellom aktørene (Akhmetshina & Mustafin, 2015).

Villani et al. (2017) viser hvordan offentlig-private partnerskap i helsesektoren kan forstås som hybride organisasjoner preget av institusjonell kompleksitet, der aktører med ulike mål, ressurser og institusjonelle logikker må samarbeide om felles løsninger. Denne kompleksiteten kan være en kilde til verdiskaping, fordi den gjør det mulig å kombinere komplementære ressurser og kompetanser på måter enkeltaktører ikke kunne realisert alene. Samtidig kan forskjeller i mål, prioriteringer og institusjonelle logikker skape spenninger som må håndteres gjennom organisatorisk design, styringsmekanismer og samarbeidsprosesser.

Et sentralt poeng hos Villani et al. (2017) er derfor at verdiskaping i offentlig-private partnerskap ikke bare avhenger av hvilke aktører som inngår i samarbeidet, men av hvordan samarbeidet organiseres. Der samarbeidet preges av langsiktig forpliktelse, kunnskapsdeling og kooperative prosesser, kan ulike ressurser og kompetanser kobles på måter som støtter felles verdiskaping. Dersom samarbeidet i større grad preges av at enkeltaktører primært søker å hente ut verdi for egne formål, kan potensialet for felles verdiskaping svekkes. Dette gjør det nødvendig å analysere ikke bare hvem som deltar i et offentlig-privat samarbeid, men også

hvordan relasjoner, prosesser og styring fungerer i praksis. Dette perspektivet danner et sentralt grunnlag for studiens teoretiske rammeverk, hvor samspillet mellom ressurser, prosesser og styring brukes for å analysere verdiskaping i offentlig-private samarbeid.

Samlet viser litteraturen at offentlig-private samarbeid i innovasjonskontekster kan forstås som hybride organisasjons- og styringsformer. Slike samarbeid kan åpne for verdiskaping gjennom kombinasjon av ulike ressurser, kompetanser og perspektiver, men forutsetter samtidig at relasjoner, styringsmekanismer og institusjonelle forskjeller håndteres i praksis. Dette leder videre til spørsmålet om hvordan verdiskaping og samhandling utvikles i komplekse innovasjonsprosesser.

2.3 Verdiskaping og samhandling i komplekse innovasjonsprosesser

I komplekse sektorer som helsesektoren realiseres innovasjon sjelden innenfor én enkelt organisasjon. Aktørers mulighet til å skape verdi er ofte betinget av andres handlinger, prioriteringer og kapasitet. Innovasjon kan dermed forstås som en økosystembasert prosess, der verdiutvikling avhenger av at flere aktører koordinerer sine bidrag og integrerer ressurser, kompetanser og behov over tid (Adner, 2017). I en helsekontekst innebærer dette at offentlig-private samarbeid ikke bare handler om å samle aktører, men om å utvikle samarbeidsformer der offentlige behov, privat kompetanse og kunnskapsdeling kobles på måter som muliggjør samskaping og felles verdiutvikling (Casprini & Palumbo, 2022).

Risikoen i slike innovasjonsprosesser er derfor ikke bare teknologisk, men også knyttet til avhengigheter mellom aktører. Adner (2017) omtaler dette som «co-innovation risk», altså risikoen for at en innovasjon ikke realiseres fordi komplementære aktører ikke utvikler eller leverer nødvendige bidrag. Selv robuste teknologiske løsninger kan dermed få begrenset verdi dersom aktørene rundt løsningen ikke evner å samordne ressurser, aktiviteter og beslutninger. Koordinering, relasjonsbygging og felles forståelse blir derfor sentrale forutsetninger for å realisere verdien av innovasjon i helsesektoren.

Dette samspillet må samtidig forstås i lys av de særlige rammebetingelsene som preger helsetjenesten. Innovasjon skjer innenfor et landskap preget av organisatorisk, profesjonell og regulatorisk kompleksitet, hvor hensyn til kvalitet, pasientsikkerhet, ressursbruk, styring og ansvarlighet må balanseres (Currie, 2011; Greenhalgh et al., 2017). Greenhalgh et al. (2017) viser at implementering, skalering og varig bruk av helseteknologier påvirkes av samspillet mellom teknologi, brukere, organisasjoner og bredere institusjonelle rammer. Utfordringene handler dermed ikke bare om adopsjon, men også om ikke-adopsjon, frafall, skalering, spredning og varig bruk.

Dette perspektivet er relevant for innovasjonsarenaer fordi verdien av slike arenaer ikke nødvendigvis ligger i å produsere ferdige løsninger direkte. Verdien kan også ligge i at arenaene etablerer møteplasser og arbeidsformer hvor aktører kan utvikle felles problemforståelser, bygge relasjoner og avklare organisatoriske forutsetninger for senere implementering og skalering. I en helsekontekst er dette særlig viktig fordi nye løsninger ofte må tilpasses etablerte arbeidsprosesser, profesjonelle praksiser og eksisterende informasjonsinfrastrukturer. Aanestad et al. (2017) viser at e-helseløsninger ikke utvikles i et tomrom, men må kobles til en eksisterende «installert base» av teknologiske, organisatoriske og institusjonelle strukturer.

Digital innovasjon i helsesektoren kan derfor forstås som en gradvis og relasjonell prosess, der endring skjer gjennom tilpasning, videreutvikling og koordinering mellom flere aktører over tid. Dette samsvarer med et systemperspektiv på helsetjenesten, hvor endringer i én del av systemet ofte får konsekvenser for andre deler. Trbovich (2014) understreker at systemtenkning handler om samspillet mellom mennesker, prosesser og teknologi, og om å forstå hvordan ulike deler av systemet påvirker hverandre. Styring av innovasjon handler dermed ikke bare om formelle beslutningsstrukturer, men også om å håndtere avhengigheter, oversette mellom ulike aktørers behov og sikre at nye løsninger tilpasses eksisterende praksiser og infrastrukturer.

I norsk e-helsekontekst peker Direktoratet for e-helse (2021) på lignende utfordringer. Rapporten viser at gjennomføringsevnen på e-helsefeltet er tett koblet til helse- og omsorgstjenestens evne til å samarbeide med næringslivet og dra nytte av leverandørenes innovasjonskraft, kompetanse og ressurser. Samtidig beskrives friksjon i samarbeidet mellom offentlige og private aktører, blant annet knyttet til begrensede ressurser, svake samspillsnormer, lav tillit og uklare rammebetingelser. Dette viser at samhandling ikke bare

handler om å samle aktører, men om å utvikle stabile og tillitsfulle relasjoner som gjør koordinert handling mulig.

Forskning på samarbeidsdrevet innovasjon peker videre på at slike utfordringer sjelden kan løses gjennom formelle strukturer alene. Når aktører med ulike roller, mål og rammebetingelser skal samarbeide, må forskjeller i behov, forventninger og arbeidsmåter håndteres gjennom dialog, læring og gjensidig tilpasning (Røhnebæk, 2021). Verdiskaping i slike kontekster avhenger dermed ikke bare av tilgang til ressurser, men av hvordan aktørene utvikler tillit, koordinerer aktiviteter og bygger en felles forståelse av hva samarbeidet skal bidra til.

På bakgrunn av denne kompleksiteten blir det nødvendig å forstå verdiskaping i offentlig-private innovasjonssamarbeid bredere enn som den direkte effekten av én enkelt løsning eller aktør. Når innovasjon ses som et resultat av koordinerte og gjensidig avhengige bidrag, blir verdi også et spørsmål om kvaliteten på relasjonene, koblingene og koordineringsmekanismene mellom aktørene (Adner, 2017). Roehrich et al. (2014) fremhever på tilsvarende måte at offentlig-private partnerskap ikke bare bør forstås gjennom kontrakter, insentivstrukturer, kostnadseffektivitet og risikofordeling, men også gjennom organisatoriske, relasjonelle og styringsmessige forhold.

Dette reiser spørsmål om hvordan verdi i slike samarbeid kan identifiseres, vurderes og dokumenteres. I komplekse innovasjonsprosesser kommer verdi ikke nødvendigvis til uttrykk som ferdige løsninger eller målbare resultater på kort sikt. Verdiskaping kan også ligge i mer indirekte og prosessuelle utfall, som relasjonsbygging, læring, tillit, tilgang til kompetanse og utvikling av felles problemforståelser. Hammond et al. (2021) viser at offentlig-private innovasjonsprogrammer kan oppnå en form for prosessuell suksess gjennom aktivitet, læring og partnerskapsbygging, selv når dokumentasjonen av konkrete resultater er mer uklar. Dette understreker behovet for å skille mellom verdi som utvikles gjennom samarbeidsprosessen, og verdi som materialiseres i implementerte løsninger eller endret praksis.

Dette innebærer at verdiskaping i innovasjonsarenaer ikke utelukkende kan vurderes ut fra om samarbeidet har resultert i konkrete prosjekter eller implementerte løsninger. I tidlige eller utviklende samarbeidsprosesser kan verdien også ligge i at aktørene får tilgang til nye nettverk, utvikler bedre forståelse for hverandres rammebetingelser og etablerer relasjoner som kan gjøre senere samarbeid mulig. Slike former for verdi er ofte mindre synlige enn økonomiske eller

teknologiske resultater, men kan likevel være viktige forutsetninger for mer konkret innovasjon over tid (Hammond et al., 2021; Bryson et al., 2014).

Verdiskaping i slike samarbeid kompliseres ytterligere av at ulike aktører ikke nødvendigvis har samme forståelse av hva verdi er. Lehoux et al. (2022) viser at aktører i helseinnovasjonssystemet ofte vurderer verdi ut fra ulike roller, interesser og organisatoriske utgangspunkter. For noen aktører kan verdi være knyttet til bedre pasientforløp, kvalitet og samfunnsnytte, mens andre i større grad kan vektlegge effektivitet, skalerbarhet, kommersialisering eller strategisk posisjonering. Verdiskaping i helseinnovasjon handler derfor ikke bare om å skape resultater, men også om å forhandle og samordne ulike forståelser av hva som vurderes som verdifullt.

I denne sammenheng peker Bryson et al. (2014) på at tverrsektorielt samarbeid forutsetter at aktørene utvikler en viss felles forståelse av problemet, formålet med samarbeidet og hvilke utfall som er ønskelige. Når aktører med ulike roller og mål inngår i samme innovasjonsprosess, blir det derfor ikke bare viktig å koordinere aktiviteter, men også å utvikle en felles retning for samarbeidet. Hvordan verdi defineres og vurderes fremstår dermed som et sentralt aspekt ved samhandlingen, og kan påvirke både prioriteringer, beslutninger og muligheten for å realisere innovasjon i praksis.

Samlet viser litteraturen at verdiskaping i tverrsektorielle innovasjonssamarbeid må forstås som et flerdimensjonalt og prosessuelt fenomen. Verdi kan oppstå som konkrete resultater, men også som relasjoner, læring, tillit, systemforståelse og muligheter for videre samarbeid. I komplekse helsekontekster formes verdiskaping av samspillet mellom teknologi, organisasjon, profesjonelle praksiser, institusjonelle rammer og aktørenes ulike forståelser av behov, nytte og suksess. Dette danner grunnlaget for studiens videre teoretiske rammeverk, hvor institusjonell kompleksitet og organisatorisk design anvendes for å analysere hvordan Health2B legger til rette for samhandling og opplevd verdiskaping.

2.4 Oppsummering og kunnskapsgap

Samlet sett viser litteraturen at innovasjonsarenaer kan forstås som organiserte samhandlingsstrukturer som søker å håndtere kompleksitet, koordinering og gjensidig avhengighet i innovasjonsprosesser. Klyngeteori og forskning på innovasjonsklynger

fremhever betydningen av nettverk, komplementære ressurser, relasjonsbygging og utvikling over tid (Porter, 1998; Zimmer et al., 2014). Dette gir et grunnlag for å forstå innovasjonsarenaer som mer enn fysiske møteplasser, men som strukturer der aktører kan bygge tillit, dele kunnskap og utvikle felles problemforståelser.

Litteraturen om offentlig-private samarbeid utdyper dette perspektivet ved å vise hvordan innovasjon i komplekse sektorer ofte krever samarbeid mellom aktører med ulike mål, roller og institusjonelle rammer (Roehrich et al., 2014; Villani et al., 2017). Slike samarbeid kan gi tilgang til komplementære ressurser og legge til rette for nye løsninger, men kan også skape spenninger knyttet til prioriteringer, ansvar, styring og ulike forståelser av verdi. Verdiskaping avhenger derfor ikke bare av hvem som deltar, men av hvordan samarbeidet organiseres, koordineres og utvikles over tid.

Videre viser litteraturen om verdiskaping og samhandling at verdi ikke nødvendigvis oppstår som direkte og målbare resultater på kort sikt. I komplekse innovasjonsprosesser kan verdi også utvikles gjennom relasjoner, læring, tillit, felles problemforståelse og økt koordineringskapasitet (Bryson et al., 2014; Adner, 2017). Dette er særlig relevant i helsesektoren, hvor innovasjon ofte må tilpasses etablerte arbeidsprosesser, profesjonelle praksiser, teknologiske infrastruktur og regulatoriske rammer (Greenhalgh et al., 2017; Aanestad et al., 2017).

På tvers av disse perspektivene fremstår innovasjonsarenaer som flerdimensjonale organiseringsformer. De kan koble aktører, ressurser og problemforståelser på tvers av etablerte grenser, men garanterer ikke i seg selv innovasjon eller realisert verdi. Arenaenes betydning avhenger av hvordan samhandlingen utformes i praksis, hvilke aktører som involveres, hvordan relasjoner bygges, og hvordan ulike interesser, behov og forventninger håndteres.

Til tross for økende interesse for innovasjonsarenaer, offentlig-private samarbeid og økosystembasert innovasjon i helsesektoren, finnes det fortsatt begrenset empirisk kunnskap om hvordan slike arenaer fungerer i praksis. Særlig er det behov for studier som undersøker hvordan innovasjonsarenaer fungerer som rammer for samhandling over tid, hvordan ulike aktører opplever verdien av å delta, og hvilke organisatoriske mekanismer som fremmer eller hemmer koordinering i hybride samarbeidskontekster.

For å undersøke dette nærmere retter studien oppmerksomheten mot Health2B som en konkret innovasjonsarena i den norske helsesektoren. Før det teoretiske rammeverket presenteres i kapittel 4, gis det derfor i neste kapittel en casebeskrivelse av Health2B. Formålet er å plassere studien i sin empiriske kontekst ved å beskrive arenaens bakgrunn, organisering, partnerskapsmodell og sentrale arbeidsformer. Dette gir et grunnlag for den videre analysen av hvordan Health2B legger til rette for samhandling og opplevd verdiskaping mellom offentlige og private aktører.

3. Kontekst og casebeskrivelse

I forrige kapittel ble relevant litteratur om innovasjonsarenaer og offentlig-privat samarbeid gjennomgått, med særlig vekt på hvordan slike strukturer kan legge til rette for samhandling og verdiskaping på tvers av aktører. For å kunne analysere disse perspektivene i en konkret empirisk kontekst, presenteres Health2B i dette kapitlet. Formålet er å gi en beskrivelse av arenaens bakgrunn, organisering, partnerskap og arbeidsformer, som samlet danner grunnlaget for den videre analysen.

Health2B er et offentlig-privat-ideelt partnerskap og en fysisk innovasjonsarena i Forskningsparken i Oslo (Health2B, 2025a). Arenaen er relevant som case fordi den samler offentlige, private og ideelle aktører som skal samarbeide om komplekse utfordringer i helsesektoren, samtidig som de har ulike roller, rammebetingelser og interesser. Dette gjør Health2B til en egnet kontekst for å undersøke hvordan samhandling organiseres i en offentlig-privat-ideell innovasjonsarena.

Studien er gjennomført over en periode på om lag ett og et halvt år, i en fase der Health2B har vært i utvikling fra etablering til en mer konsolidert organisasjonsform. Flere av strukturene som beskrives i kapitlet, blant annet partnermodellen, strategirammeverket og arbeidsformene, har blitt videreutviklet underveis. Casen må derfor forstås som en arena i utvikling, heller enn som en ferdig etablert organisasjon. Dette er sentralt for den videre analysen, ettersom flere av funnene må forstås i lys av at Health2B fortsatt er preget av modning, avklaring og konsolidering.

Kapitlet er strukturert i fire hoveddeler. Først presenteres Health2B som innovasjonsarena, inkludert bakgrunn, formål og utvikling. Deretter beskrives organisering og partnerskap, med vekt på styringsstruktur, partnermodell, aktørbilde, finansiering og strategiske rammer. Videre redegjøres det for arenaens strategiske fokusområder og arbeidsformer, før kapitlet avsluttes med en oppsummering av hvorfor Health2B er en relevant case for den videre analysen.

3.1 Health2B som innovasjonsarena

Health2B ble etablert i 2022 av Oslo universitetssykehus, Forskningsparken og Norway Health Tech, og ble offisielt åpnet av Oslo kommune samme år (Health2B, 2023; Health2B, 2025a). Arenaen er lokalisert i Forskningsparken i Oslo, og fungerer både som et formalisert partnerskap og som en fysisk møteplass for samhandling, kunnskapsdeling og utvikling av innovasjonsprosjekter (Health2B, u.å.-a). Health2B beskrives som en nøytral arena for åpen innovasjon, der offentlige behovseiere, ideell sektor og helsenæringen møtes med en felles visjon om å «sammen skape fremtidens helsetjeneste» (Health2B, 2025a).

Navnet Health2B viser til partnerskapets to ambisjoner: «Health to be» peker mot utviklingen av en bærekraftig helsetjeneste, mens «Health to business» viser til ønsket om å styrke norsk helsenæring (Health2B, 2025a). Arenaen er dermed etablert i skjæringspunktet mellom helsepolitisk omstilling, behovet for økt offentlig-privat samarbeid og ambisjonen om å utvikle en sterkere norsk helsenæring.

Health2B fungerer både som møteplass, koblingspunkt og utviklingsarena. Gjennom samlokalisering, åpne arrangementer, arbeidsgrupper og prosjekt-fasilitering søker arenaen å redusere avstanden mellom aktører som tradisjonelt opererer innenfor ulike organisatoriske og institusjonelle rammer. Dette innebærer at offentlige behovseiere, leverandører, teknologimiljøer og ideelle aktører møtes på en nøytral arena utenfor konkrete anskaffelsesprosesser.

Et sentralt trekk ved Health2B er kombinasjonen av fysisk samlokalisering og formalisert partnerskap. Arenaen er ikke bare et nettverk eller en møteserie, men også et konkret sted der flere aktører har sin daglige arbeidsplass. Health2B er blant annet arbeidssted for Norway Health Tech, OUS' innovasjonsavdeling, The Life Science Cluster og Helsedirektoratet (Health2B, 2025a). Den fysiske nærheten legger til rette for både planlagte møter og mer uformelle koblinger, og gjør samlokaliseringen til en viktig del av arenaens arbeidsform.

I 2025 beskrives Health2B som på vei fra å være et treårig prosjekt til å bli en mer varig aktør i helseøkosystemet. Stifterne har styrket sitt videre engasjement, og arenaen omtales i økende grad som en «innovasjonsmotor» og samhandlingsplattform (Health2B, 2025a). Dette markerer et skifte fra en tidlig etableringsfase, der hovedvekten lå på å bygge aktivitet, synlighet og

nettverk, til en fase der partnerskapet i større grad søker å tydeliggjøre strategisk retning, metodikk og langsiktig bærekraft.

3.2 Organisering og partnerskap

Health2B driftes som et prosjekt i Norway Health Tech og reguleres gjennom en samarbeidsavtale mellom grunnleggerne Oslo universitetssykehus, Forskningsparken og Norway Health Tech. Det ble i 2023 ansatt en daglig leder som har ansvar for den operative driften av prosjektet, og rapporterer til styringsgruppen. Styringsgruppen består av representanter fra grunnleggerne, og har overordnet ansvar for strategi, budsjett og partnersammensetning (Health2B, 2025a). I forbindelse med videreutviklingen av arenaen ble kapasiteten styrket fra én til to fulltidsressurser i 2026, gjennom etableringen av en ny rolle med ansvar for partneroppfølging og arrangementer.

Organiseringen innebærer at Health2B har en relativt liten administrativ kjerne, men et bredt partnernettsverk. Arenaen er derfor i stor grad avhengig av partnernes aktive bidrag. Dette gir fleksibilitet og mulighet for å mobilisere kompetanse på tvers, men innebærer også at fremdrift og utvikling i stor grad avhenger av partnernes engasjement, prioriteringer og evne til å sette av tid og ressurser. Denne partnerdrevne organiseringen er sentral for å forstå både arenaens muligheter og sårbarheter.

Partnerskapets sentrale forum for strategisk utvikling og konseptutvikling er *partnermøtet*. I den tidligere partnermodellen var partnermøtet knyttet til gullpartnerne, men som del av revisjonen av partnermodellen er dette endret slik at partnermøtet nå omfatter alle partnerne. Revisjonen innebærer også en overgang fra en modell med flere partnernivåer til en modell med et samlet nivå. Dette innebærer at det tidligere skillet mellom ulike partnernivåer viskes ut, og at alle partnere i større grad inngår i samme struktur for deltakelse, forventninger og involvering. Endringen kan forstås som et forsøk på å styrke likeverdighet, bredere eierskap og mer aktiv involvering i partnerskapet, samtidig som modellen skal bidra til større forutsigbarhet for videre utvikling av arenaen (Health2B, 2025b). Revisjonen gir dermed viktig kontekst for å forstå Health2B som en arena i organisatorisk utvikling.

I 2025 bestod partnerskapet av 16 aktive bidragsytere, inkludert offentlige behovseiere, teknologiselskaper, leverandører, klynge- og innovasjonsaktører og ideelle organisasjoner (Health2B, 2025). Partnerskapet dekker dermed flere deler av helseøkosystemet, fra behovsidentifisering og tjenesteutvikling til teknologiutvikling, implementering og næringsutvikling. Offentlige aktører deltar primært som behovseiere og tjenesteytere, mens leverandører og teknologimiljøer bidrar med utviklingskapasitet, teknologi og markedspektiver. Klynge- og innovasjonsaktører tilfører nettverk, metodikk og koblinger til virkemiddelapparatet, mens ideelle aktører bringer inn perspektiver knyttet til samfunnsoppdrag og tjenesteutvikling. **Tabell 1** gir en samlet oversikt over de sentrale aktørtypene i Health2B-partnerskapet og hvilken rolle de har i arenaen.

Aktørsammensetningen har samtidig vært i endring gjennom studieperioden. Nye partnere har kommet til, og partnerskapet har gradvis blitt bredere og mer differensiert (Health2B, 2024; Health2B, 2025a). Dette gir viktig kontekst for analysen, der betydningen av hvilke aktører som deltar i arenaen, og hvilke perspektiver og ressurser de bringer inn, diskuteres nærmere.

Samtidig innebærer aktørsammensetningen at Health2B samler aktører med ulike roller og rammebetingelser. Offentlige aktører deltar med utgangspunkt i samfunnsoppdrag, pasientbehov, regelverk, anskaffelsesregler og begrenset kapasitet. Private aktører deltar på sin side med teknologi, kompetanse og utviklingskapasitet, men også med behov for markedsforståelse, relevans og kommersielle muligheter. Partnerskapet skal derfor både legge til rette for åpen dialog og ivareta nødvendige grenser knyttet til anskaffelser, rolleforståelse og interessekonflikter. Disse forholdene utgjør en viktig del av konteksten for funnene som analyseres senere i oppgaven.

Health2B finansieres gjennom partnerbidrag, tilskudd fra Oslo kommune og avtaler om samlokalisering. Kostnadene er hovedsakelig knyttet til leie og drift av lokaler i Forskningsparken, samt lønn. Etter en oppstartsfase med underskudd rapporteres det i 2025 om en mer stabil økonomisk situasjon, der et eventuelt overskudd skal reinvesteres i videreutvikling av partnerskapet (Health2B, 2024; Health2B, 2025a). Den økonomiske utviklingen må også ses i sammenheng med arbeidet med å videreutvikle partnerskapsmodellen. Revisjonen av partnermodellen i 2025-2026 hadde som mål å skape en mer forutsigbar ramme for partnerskapet, både organisatorisk og økonomisk, samtidig som den skulle legge til rette for bredere og mer likeverdig deltakelse (Health2B, 2025b).

Aktørtype	Rolle i partnerskapet	Bidrag til Health2B	Relevans for studien
Offentlige behovseiere	Representerer tjenestebehov, pasientforløp, klinisk praksis og organisatoriske rammebetingelser	Bidrar med problemforståelse, tilgang til praksisfeltet, innsikt i implementering og forståelse av offentlige styrings- og anskaffelsesprosesser	Gir innsikt i offentlige behov, ansvar, regelverk og implementerings-kontekst
Private leverandører og teknologimiljøer	Utvikler eller tilbyr teknologier, tjenester og kompetanse som kan svare på behov i helsetjenesten	Bidrar med utviklingskapasitet, teknologisk kompetanse, løsningsforslag og markedspektiver	Gir innsikt i teknologiske, kommersielle og markedsmessige perspektiver
Ideelle aktører	Deltar med utgangspunkt i samfunnsoppdrag, brukerorientering og tjenesteutvikling	Bidrar med perspektiver på verdi, behov, brukergrupper og helhetlige tjenester	Utvider forståelsen av verdi utover både offentlig effektivisering og kommersiell gevinst
Klynge- og innovasjonsaktører	Kobler aktører, nettverk, kompetanse og virkemidler i helseøkosystemet	Bidrar med mobilisering, fasilitering, metodekompetanse, nettverk og koblinger til nasjonale og internasjonale miljøer	Bidrar til å forstå hvordan nettverk, fasilitering og koblinger inngår i arenaens arbeid
Grunnleggere og styringsaktører	Har ansvar for overordnet forankring, styring, strategi og videreutvikling av arenaen	Bidrar med legitimitet, strategisk retning, ressurser og organisatorisk kontinuitet	Bidrar til å forstå hvordan strategisk retning, forankring og partnerinvolvering inngår i videreutviklingen av Health2B

Tabell 1. Aktørtyper og roller i Health2B-partnerskapet. Tabellen sammenfatter aktørbildet i Health2B og viser hvordan ulike aktørgrupper bidrar med forskjellige ressurser, mandat og perspektiver i partnerskapet. *Merknad: Tabellen er utformet av forfatterne basert på Health2Bs årsrapporter, strategidokumenter og casebeskrivelsen i dette kapitlet.*

3.3 Verdigrunnlag og strategiske rammer

Arbeidet i Health2B er forankret i et *verdikompass* med fire kjerneverdier: tillit, likeverdighet, samskaping og kreativitet. Verdikompasset fungerer som en felles ramme for hvordan samhandling skal foregå i partnerskapet. Det legger vekt på åpenhet om roller og interesser, respekt for aktørenes ulike kompetanser og rammebetingelser, aktiv deltakelse og vilje til å utforske nye løsninger og samarbeidsformer (Health2B, u.å.-b).

Verdikompasset kan forstås både som et uttrykk for partnerskapets ambisjoner og som et praktisk verktøy for å utvikle felles spilleregler. I en arena der aktører med ulike roller, interesser og rammebetingelser skal samarbeide, bidrar verdikompasset til å tydeliggjøre forventninger til åpenhet, rolleforståelse og samhandling. Det fungerer dermed som en normativ ramme for hvordan Health2B søker å bygge tillit og likeverdighet i praksis.

Tillit handler i denne sammenhengen ikke bare om relasjoner mellom enkeltpersoner, men også om å etablere trygghet for at samarbeid kan foregå uten at aktørenes integritet, uavhengighet eller roller trekkes i tvil. Likeverdighet handler tilsvarende ikke om at aktørene er like, men om at ulike former for kompetanse, erfaringer og interesser skal gis plass i samarbeidet. Samskaping viser til at utfordringer og løsninger utvikles i fellesskap, mens kreativitet peker på behovet for å utforske nye løsninger og samarbeidsformer (Health2B, u.å.-b). Slik fungerer verdikompasset som et normativt grunnlag for hvordan Health2B søker å organisere samhandling mellom partnerne.

I perioden 2024-2025 utviklet partnerskapet et *strategirammeverk*. Rammeverket konkretiserer Health2Bs hovedmål: å etablere kultur og metodikk for offentlig-privat-ideell samhandling, å øke gjensidig forståelse av behov, infrastruktur og kompetanse, og å bidra til raskere og mer målrettet utvikling og bruk av teknologi og tjenester (Health2B, 2025c).

Strategirammeverket skiller mellom ledende (leading) og etterslepene (lagging) indikatorer. De ledende indikatorene retter seg mot aktiviteter og prosesser som kan skape samarbeid og utvikling på kort sikt, for eksempel deltakelse i arrangementer, etablering av samarbeidsprosjekter, tverrsektoriell involvering og identifisering av behov. De etterslepene indikatorene retter seg mot mer langsiktige effekter, som implementering av løsninger,

kulturrendring, endringer i regelverk eller anskaffelsespraksis, partnernes opplevde verdi og Health2Bs synlighet som innovasjonsarena (Health2B, 2025c).

Strategirammeverket kan ses som del av Health2Bs arbeid med å tydeliggjøre retning, mål og oppfølging av arenaens aktiviteter. Mens oppstartsfasen i stor grad handlet om å etablere aktivitet, relasjoner og synlighet, konkretiserer strategirammeverket hvordan partnerskapet beskriver mål, indikatorer og prioriteringer for videre utvikling. Rammeverket gir dermed viktig kontekst for å forstå hvordan Health2B i studieperioden arbeidet med å etablere tydeligere rammer for partnerskapets videre utvikling.

3.4 Strategiske fokusområder og arbeidsformer

Health2B arbeider gjennom tematiske fokusområder og ulike samarbeidsformer. Høsten 2023 gjennomførte partnerne en strategiprosess der sentrale behov og utfordringer i helsesektoren ble identifisert. På bakgrunn av dette ble tre strategiske fokusområder etablert for perioden 2024-2025: hjemmebehandling, digital test og sengepost. I tillegg ble det etablert en arbeidsgruppe for strategisk videreutvikling av Health2B (Health2B, 2024).

Tabell 2 gir en oversikt over fokusområdene og viser hvordan hjemmebehandling utgjør det empiriske hovedsporet i denne studien. Som tabellen viser, inngår hjemmebehandling i en bredere portefølje av strategiske fokusområder i Health2B. I denne studien er hjemmebehandling likevel gitt en mer sentral plass, fordi datamaterialet i hovedsak er knyttet til arbeidsgruppen for hjemmebehandling og arbeidet med digital hjemmeoppfølging.

Fokusområdene gir retning for partnerskapets arbeid, men er ikke ment å avgrense all aktivitet i Health2B. Arenaen fungerer fortsatt som en åpen møteplass der også andre temaer kan løftes frem, diskuteres og videreutvikles. Fokusområdene bidrar likevel til å strukturere innsatsen og gjøre det mulig å arbeide mer systematisk med utvalgte problemstillinger.

Arbeidet innenfor fokusområdene er organisert gjennom *strategiske arbeidsgrupper*. Gruppene består av representanter fra sykehus, kommune og leverandørsiden, med delt lederskap fra offentlig og privat sektor. Formålet er både å styrke forankring hos partnerne og å utvikle felles forståelse av hvordan Health2B kan bidra innenfor prioriterte områder (Health2B, 2024).

Arbeidsgruppene fungerer dermed som strukturerte arenaer for kunnskapsdeling, behovskartlegging, prioritering og utvikling av konkrete initiativer.

Fokusområde	Overordnet formål	Eksempler på aktiviteter	Relevans for studien
Hjemmebehandling	Utvikling og bruk av teknologi og tjenester som understøtter behandling og oppfølging utenfor sykehus.	Systemkartlegging for digital hjemmeoppfølging, arbeid med intervensjonspunkter, diskusjoner om deling av pasientens måledata og etablering av samhandlingslaben.	Utgjør studiens empiriske hovedspor, fordi datamaterialet i hovedsak er knyttet til arbeidsgruppen for hjemmebehandling og digital hjemmeoppfølging.
Digital test	Styrke digital testinfrastruktur for utvikling, utprøving og implementering av ny teknologi.	Behovskartlegging, arbeid med testmiljøer, prosjektskisser og diskusjoner om data, infrastruktur og trygg utprøving.	Viser hvordan Health2B også arbeider med rammebetingelser for teknologiutvikling og implementering.
Sengepost	Utvikling og bruk av teknologi og tjenester som understøtter digitalisering og forbedring av sengepost.	Innsiktsarbeid, behovskartlegging, simulering, brukertesting og dialog mellom helsepersonell og leverandører.	Illustrerer hvordan Health2B kobler offentlige behov og private løsninger innenfor konkrete tjenesteområder.
Strategisk videreutvikling	Videreutvikle Health2Bs organisering, partnermodell, målstruktur og strategiske rammer.	Utvikling av strategirammeverk, indikatorer, verdikompass og revisjon av partnermodell.	Gir kontekst for å forstå Health2B som en arena i modning og organisatorisk utvikling.

Tabell 2. Health2Bs strategiske fokusområder i perioden 2024-2025. Tabellen gir en oversikt over fokusområdenes formål, eksempler på aktiviteter og relevans for denne studien. *Merknad: Tabellen er utformet av forfatterne basert på Health2Bs årsrapport for 2024 og 2025 og strategidokumenter.*

Arbeidsformene i Health2B omfatter åpne seminarer, temamøter, partnerlunsjer, workshops, prosjektutvikling og kobling mellom aktører. Åpne arrangementer, særlig *Health2B Open*, brukes til kunnskapsdeling, nettverksbygging og dialog om aktuelle problemstillinger. Arbeidsgruppene brukes på sin side til mer strukturert innsiktsarbeid, behovskartlegging og utvikling av konkrete initiativer (Health2B, 2025a). Samlokaliseringen i Forskningsparken er

også en viktig del av arbeidsformen, ettersom fysisk nærhet gir mulighet for uformelle møter, raskere avklaringer og relasjonsbygging over tid.

Disse arbeidsformene viser hvordan Health2B legger til rette for samhandling i praksis. Gjennom partnernøter, arbeidsgrupper, åpne arrangementer og samlokalisering etableres ulike møteplasser og prosesser der aktørene kan dele kunnskap, utvikle felles problemforståelse og kobles rundt konkrete behov og muligheter.

3.4.1 Arbeidsgruppen for hjemmebehandling

Arbeidsgruppen for hjemmebehandling beskrives mer utfyllende enn de øvrige arbeidsgruppene fordi det empiriske datamaterialet i studien i hovedsak er knyttet til denne gruppen og arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Digital hjemmeoppfølging brukes dermed som et avgrenset empirisk felt for å undersøke hvordan Health2B fungerer som ramme for samhandling og verdiskaping.

Arbeidet i gruppen har vært knyttet til hjemmebehandling og digital hjemmeoppfølging. Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient, bruker og behandler skjer digitalt (Hestevik et al., 2022). Slike løsninger kan omfatte alt fra digital kommunikasjon og registrering av måledata til mer avanserte oppfølgingsformer basert på beslutningsstøtte, koordinering mellom tjenestenivåer og kontinuerlig informasjonsdeling.

Digital hjemmeoppfølging er relevant for Health2B fordi tematikken synliggjør flere av de samhandlingsutfordringene arenaen er etablert for å adressere. Når behandling og oppfølging i større grad flyttes fra sykehus til hjemmet, utfordres etablerte grenser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Meld. St. 9 (2023–2024); NOU 2023:4). Det oppstår behov for avklaringer om hvem som har ansvar for oppfølging, hvordan kliniske beslutninger skal tas, hvordan informasjon og måledata skal deles, og hvordan nye digitale løsninger skal integreres i eksisterende arbeidsprosesser (Aanestad et al., 2017).

Tematikken tydeliggjør også hvorfor offentlig-privat samhandling er viktig i helsesektoren. Offentlige aktører sitter tett på pasientforløp, tjenesteansvar og organisatoriske rammebetingelser, mens private leverandører og teknologimiljøer ofte utvikler løsninger som kan muliggjøre nye former for oppfølging og behandling. For at teknologien skal treffe reelle behov og kunne tas i bruk i praksis, er det derfor nødvendig med tidlig dialog, felles problemforståelse og avklaring av både behov, infrastruktur, ansvar og mulighetsrom (Greenhalgh et al., 2017; Meld. St. 9 (2023–2024)). Digital hjemmeoppfølging fungerer dermed som en konkret kontekst der Health2Bs overordnede ambisjon om å bygge bro mellom behovseiere, leverandører og andre aktører blir synlig (Health2B, 2025).

Digital hjemmeoppfølging illustrerer at helseinnovasjon ikke bare handler om teknologi, men også om organisering, finansiering, datadeling og tillit mellom aktører (Greenhalgh et al., 2017; Meld. St. 9 (2023–2024)). Selv teknologisk modne løsninger kan møte barrierer når de skal integreres i ordinær drift på tvers av kommune og sykehus, blant annet fordi ansvar, kostnader og gevinster kan fordeles ulikt mellom aktørene (Hestevik et al., 2022; Health2B, 2024). Dette gjør digital hjemmeoppfølging til en relevant kontekst for å studere samhandling i Health2B.

Arbeidsgruppen har blant annet arbeidet med utvikling av et visuelt *systemkart* for digital hjemmeoppfølging, identifisering av intervensjonspunkter i pasientforløp, diskusjoner om deling av pasientens måledata mellom kommune og sykehus, og etablering av *samhandlingslaben* i Health2B (Health2B, 2025). Dette illustrerer hvordan arbeidet i gruppen i løpet av 2025 beveget seg fra felles innsikt og problemforståelse til mer praktisk og operativ samhandling.

Arbeidet med systemkartlegging illustrerer hvordan arbeidsgruppen forsøkte å gjøre et komplekst samhandlingsfelt mer konkret og håndterbart. I den første workshopen ble visuelle verktøy brukt for å samle aktørenes ulike perspektiver og strukturere forståelsen av digital hjemmeoppfølging som system, blant annet ved å synliggjøre aktører, avhengigheter og mulige intervensjonspunkter i pasientforløpet. Dette er illustrert i **figur 1**. Systemkartleggingen inngikk som ett av flere spor i arbeidsgruppens arbeid, sammen med blant annet samhandlingslaben og diskusjoner om deling av pasientdata.



Figur 1. Første workshop i arbeidsgruppen for hjemmebehandling. Bildet viser bruk av visuelle verktøy i arbeidet med å utvikle et helhetlig systemkart for digital hjemmeoppfølging. Formålet var å synliggjøre aktørenes ulike perspektiver, avhengigheter og mulige intervensjonspunkter i pasientforløpet. Kilde: Health2B, internt workshopmateriale.

Etableringen av samhandlingslaben var en av arbeidsgruppens sentrale aktiviteter i 2025. Laben er fysisk plassert i Health2B og ble etablert som et felles arbeidsrom for ansatte fra Oslo universitetssykehus og Oslo kommune. Her arbeider aktørene side om side med å utvikle og teste nye samhandlingsmodeller knyttet til digital hjemmeoppfølging og deling av data. Initiativet inngår i Helsefelleskap Oslo-satsingen «Sammen om digital hjemmeoppfølging og deling av data», der sykehusene i Oslo og kommunen deltar (Health2B, 2025a).

Mot slutten av datainnsamlingen ble samhandlingslaben utvidet fra 6 til 60 kvadratmeter, som følge av stor pågang og fremdrift i arbeidet. Utvidelsen markerte også en videreutvikling av initiativet, ved at næringslivet i større grad ble koblet på arbeidet med å utforske behov, muligheter og teknologiske løsninger. Samhandlingslaben viser dermed hvordan arbeidsgruppen for hjemmebehandling ikke bare fungerte som et forum for dialog og innsiktsarbeid, men også bidro til å etablere en fysisk arena for praktisk utprøving av nye samarbeidsformer.

Arbeidet med hjemmebehandling gir et konkret eksempel på hvordan Health2B organiserer samarbeid rundt et prioritert fokusområde. Gjennom systemkartlegging, diskusjoner om pasientens måledata og etableringen av samhandlingslaben har arbeidsgruppen arbeidet med problemstillinger som berører både kommune, sykehus og leverandørmarkedet.

Arbeidsgruppen utgjør dermed et sentralt empirisk utgangspunkt for den videre analysen av samhandling, verdiskaping og spenninger i Health2B.

3.4.2 Øvrige arbeidsgrupper

Arbeidsgruppen for digital test har arbeidet med hvordan Health2B kan bidra til å styrke digital testinfrastruktur for utvikling og utprøving av ny teknologi. Dette omfatter blant annet behov for bedre tilgang til testmiljøer, avklaringer knyttet til data og infrastruktur, og hvordan offentlige og private aktører kan samarbeide om trygg og relevant utprøving av digitale løsninger. Gruppen illustrerer hvordan Health2B også arbeider med rammebetingelser for teknologiutvikling og implementering (Health2B, 2025a).

Arbeidsgruppen for sengepost har hatt fokus på utvikling og bruk av teknologi og tjenester som kan understøtte digitalisering og forbedring av sengepost. Arbeidet har blant annet handlet om å kartlegge behov og mulighetsrom, involvere både helsepersonell og leverandører, og utforske hvordan ny teknologi kan bidra til bedre arbeidsflyt og ressursbruk (Health2B, 2024; Health2B, 2025a). Dette viser hvordan Health2B arbeider med konkrete tjenesteområder der offentlige behov og private løsninger må kobles tidlig i utviklingsprosessen.

I tillegg har arbeidsgruppen for strategisk videreutvikling arbeidet med overordnede rammer for partnerskapet, inkludert strategirammeverk, målstruktur og revisjon av partnermodellen (Health2B, 2025b; Health2B, 2025c). Denne gruppen har vært viktig for Health2Bs modningsprosess, fordi den har bidratt til å tydeliggjøre hvordan arenaen skal organiseres, hvordan verdi skal forstås, og hvilke strukturer som skal ligge til grunn for videre utvikling.

Samlet viser arbeidsgruppene hvordan Health2B forsøker å kombinere bred møteplassfunksjon med mer strukturerte arbeidsformer. Gruppene gir arenaen mulighet til å arbeide mer systematisk med prioriterte temaer, samtidig som de bidrar til å forankre engasjement hos partnerne og utvikle felles forståelse på tvers av sektorgrenser (Health2B, 2024; Health2B, 2025).

3.5 Oppsummering av kontekst og casebeskrivelse

Dette kapitlet har presentert Health2B som en innovasjonsarena der offentlige, private og ideelle aktører møtes for å utvikle felles forståelse av utfordringer og muligheter i helsesektoren. Health2B er organisert som et partnerdrevet samarbeid med en liten administrativ kjerne, bred aktørsammensetning og et verdikompass som ramme for samhandling.

Kapitlet har vist at Health2B både er et formalisert partnerskap og en fysisk arena. Gjennom blant annet samlokalisering, åpne arrangementer, arbeidsgrupper og partnermøter søker arenaen å bygge tillit, dele kunnskap og utvikle nye samarbeidsformer på tvers av sektorgrenser. Samtidig er Health2B fortsatt en arena i utvikling, der organisering, partnermodell, strategiske rammer og arbeidsformer har blitt videreutviklet i løpet av studieperioden.

Health2B er relevant som case fordi arenaen samler aktører med ulike roller, interesser og rammebetingelser i en felles struktur for samhandling. Dette gir et empirisk utgangspunkt for å undersøke hvordan offentlig-private innovasjonsarenaer kan legge til rette for samarbeid og verdiskaping i praksis.

Arbeidsgruppen for hjemmebehandling er beskrevet mer utfyllende fordi studiens datamateriale og avgrensning i hovedsak er knyttet til digital hjemmeoppfølging som empirisk felt. Dette innebærer ikke en analyse av Health2B som helhet, men gir grunnlag for å undersøke hvordan arenaen fungerer som ramme for samhandling og verdiskaping innenfor et konkret innovasjonsområde. Arbeidet med digital hjemmeoppfølging, systemkartlegging og etableringen av samhandlingslaben gir en konkret kontekst for å undersøke hvordan samhandling organiseres i Health2B. Dette danner grunnlaget for den videre analysen av samhandling, verdiskaping og spenninger i arenaen.

4. Teoretisk rammeverk

Kapittel 3 har presentert Health2B som en innovasjonsarena der offentlige aktører, private aktører og fagmiljøer møtes i et komplekst samhandlingslandskap. Dette kapittelet utvikler det teoretiske rammeverket som skal brukes for å analysere hvordan slik samhandling formes, og hvordan den kan bidra til eller begrense verdiskaping.

Rammeverket tar utgangspunkt i institusjonell logikk som studiens overordnede analytiske linse. Dette perspektivet brukes for å forstå hvordan aktørene i Health2B handler ut fra ulike verdier, mål, normer og rasjonaliteter, og hvordan dette påvirker deres forståelser av samhandling, ansvar og verdi. Slik gir institusjonell logikk et grunnlag for å analysere hvorfor spenninger kan oppstå når aktører fra ulike sektorer møtes i en hybrid innovasjonsarena.

Samtidig er det nødvendig å undersøke hvordan slike spenninger håndteres organisatorisk. Derfor suppleres institusjonell logikk med Villani et al. (2017) sitt rammeverk for organisatorisk design og verdiskaping i hybride samarbeid. Der institusjonell logikk forklarer hvorfor spenninger kan oppstå, bidrar Villani et al. (2017) til å analysere hvordan samarbeidet organiseres i praksis gjennom ressurser, prosesser og styringsmekanismer.

Kapittelet er bygget opp i tre deler. Først presenteres institusjonell logikk og institusjonell kompleksitet som overordnet teoretisk perspektiv. Deretter introduseres Villani et al. (2017) sitt rammeverk, som konkretiserer hvordan organisatoriske forhold kan påvirke verdiskaping i hybride samarbeid. Til slutt sammenfattes rammeverket og dets betydning for analysen av Health2B.

4.1 Institusjonell logikk og institusjonell kompleksitet

Institusjonell teori tar utgangspunkt i at organisasjoner ikke handler isolert, men innenfor bredere samfunnsmessige, kulturelle og organisatoriske rammer som former hva som oppfattes som legitimt, rasjonelt og hensiktsmessig. Slike rammer påvirker både hvordan organisasjoner handler, hvordan beslutninger begrunnes, og hvilke løsninger som fremstår som mulige eller ønskelige. I studier av digitalisering og informasjonssystemer er dette særlig relevant fordi teknologiutvikling og implementering ikke bare påvirkes av tekniske og økonomiske

vurderinger, men også av institusjonelle forhold som profesjonelle normer, styringsformer, regulering og etablerte praksiser (Currie, 2011). Currie viser blant annet hvordan institusjonelle logikker kan forstås som regler for handling, samhandling og fortolkning, og hvordan slike logikker har blitt brukt til å analysere endring blant annet i helsesektoren.

Et sentralt begrep innen institusjonell teori er institusjonelle logikker. Thornton et al. (2012) definerer institusjonelle logikker som historisk utviklede mønstre av kulturelle symboler og materielle praksiser, inkludert antakelser, verdier og overbevisninger, som gir mening til aktørers daglige handlinger. Logikker fungerer dermed som meningsrammer som påvirker hvordan aktører forstår situasjoner, hvilke mål de oppfatter som legitime, og hvilke handlinger som fremstår som passende. Thornton et al. beskriver videre institusjonelle logikker som referanserammer som former aktørers meningsskaping, språk, identitet og forståelse av rasjonalitet.

Dette innebærer at ulike aktører kan ha ulike oppfatninger av hva som er hensiktsmessig handling, hva som utgjør gode løsninger, og hvordan verdi bør forstås og realiseres. I en offentlig-privat innovasjonsarena kan for eksempel offentlige aktører være preget av logikker knyttet til samfunnsoppdrag, regelverk, likebehandling og ansvarlighet, mens private aktører i større grad kan vektlegge innovasjon, skalerbarhet, markedsmuligheter og kommersiell bærekraft. Profesjonsaktører kan samtidig være forankret i faglige normer knyttet til kvalitet, autonomi og pasientsikkerhet. Slike logikker er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, men de kan gi aktørene ulike utgangspunkt for hvordan problemer forstås, hvilke løsninger som prioriteres, og hva som teller som verdiskaping.

Når flere institusjonelle logikker er til stede innenfor samme organisatoriske kontekst, oppstår det som betegnes som institusjonell kompleksitet. Kodeih og Greenwood (2014) viser hvordan organisasjoner ofte må forholde seg til flere og tidvis motstridende institusjonelle krav samtidig. Under slike betingelser kan en praksis eller beslutning som fremstår legitim for én gruppe, samtidig oppfattes som problematisk av en annen. Institusjonell kompleksitet handler derfor ikke bare om at ulike logikker eksisterer side om side, men om hvordan de virker sammen, kommer i konflikt, eller må balanseres i konkrete beslutnings- og samhandlingsprosesser.

I helsesektoren er slik kompleksitet særlig fremtredende. Innovasjon og digitalisering skjer innenfor et felt preget av sterke profesjoner, politiske og regulatoriske krav, ressursbegrensninger og høye krav til kvalitet og pasientsikkerhet (Currie, 2011; Greenhalgh et al., 2017). Samarbeid mellom offentlige og private aktører innebærer derfor ikke bare koordinering av aktiviteter, men også håndtering av ulike forståelser av ansvar, risiko, nytte og legitimitet. Dette er særlig relevant i digital helseinnovasjon, hvor teknologiske løsninger ofte må tilpasses etablerte arbeidsprosesser, profesjonelle praksiser og institusjonelle rammer (Greenhalgh et al., 2017; Burton-Jones et al., 2020).

Institusjonell kompleksitet kan skape spenninger i samhandling. Ulike logikker kan gi opphav til misforståelser, målkonflikter og utfordringer knyttet til koordinering og prioritering. Samtidig er ikke slike spenninger nødvendigvis bare negative. Røhnebæk (2021) viser at samarbeidsdrevet innovasjon kan være både krevende og produktivt. Mangfold og dissonans mellom aktører kan bidra til kreativitet og nye løsninger, men kan også føre til konflikter, fragmentering og svekket samarbeid dersom forskjellene ikke håndteres. Røhnebæk peker videre på at konkurrerende institusjonelle logikker kan være fruktbare for endring, men at de må håndteres og balanseres for at interorganisatoriske samarbeid skal fungere.

Dette poenget nyanseres også av Besharov og Smith (2014), som viser at flere institusjonelle logikker ikke alltid får samme konsekvenser. Effekten av logikk mangfold avhenger blant annet av hvor compatible logikkene er, og hvor sentrale de er for organisasjonens kjerneaktiviteter. Flere logikker kan derfor føre til konflikt, sameksistens eller nye former for kombinasjon, avhengig av hvordan de er forankret og håndtert i organisasjonen. Dette er viktig for denne studien, fordi Health2B nettopp kan forstås som en arena der ulike logikker ikke bare møtes, men også må oversettes, balanseres og gjøres håndterbare gjennom samhandling.

Et sentralt poeng i denne studien er at institusjonell kompleksitet også påvirker hvordan verdiskaping forstås og vurderes. Ulike aktører kan legge ulike kriterier til grunn for hva som utgjør verdi. For noen kan verdi handle om bedre pasientforløp, kvalitet og samfunnsnytte, mens andre kan vektlegge effektivitet, læring, markedstilgang, skalerbarhet eller strategisk posisjonering. Burton-Jones et al. (2020) viser i sin studie av evaluering av digital transformasjon i helsesektoren at institusjonell teori kan bidra til å forstå hvorfor ulike aktører har ulike språk, forventninger og vurderingskriterier når nytte og verdi skal vurderes. De viser også hvordan institusjonelle logikker kan fungere som referanserammer for hva som oppfattes

som meningsfullt og legitimt i evaluering av digital helsetransformasjon. Verdiskaping i samarbeidsarenaer kan derfor ikke forstås som et entydig eller objektivt fenomen, men må analyseres som noe som formes gjennom aktørenes ulike perspektiver, prioriteringer og fortolkninger.

I denne studien forstås Health2B som en innovasjonsarena hvor ulike institusjonelle logikker møtes og sameksisterer. Offentlige aktører bringer med seg krav knyttet til samfunnsoppdrag, regulering og forsvarlig ressursbruk. Private aktører representerer innovasjons- og markedsorienterte hensyn, mens helseprofesjonelle og fagmiljøer forankrer arbeidet i profesjonelle normer, klinisk kvalitet og pasientsikkerhet. Arenaen opererer dermed i et felt preget av institusjonell kompleksitet, hvor samhandling forutsetter kontinuerlig avklaring og forhandling mellom ulike forståelser av mål, verdi og ansvar.

Institusjonell logikk-perspektivet anvendes derfor i denne studien for å analysere hvilke underliggende normer, rasjonaliteter og verdiforståelser aktørene bringer inn i Health2B, hvordan disse kan komme i konflikt eller samspill, og hvordan de påvirker aktørenes opplevelse av samhandling og verdiskaping. Kompleksitet forstås her ikke utelukkende som et hinder, men som en grunnleggende betingelse for samarbeid i hybride innovasjonskontekster. Perspektivet gjør det mulig å undersøke hvordan ulike logikker ikke bare eksisterer side om side, men hvordan de aktivt påvirker samhandling, prioriteringer og vurderinger av hva arenaen bidrar med.

Samtidig gir institusjonell logikk-perspektivet begrenset innsikt i hvordan slik kompleksitet faktisk håndteres organisatorisk. Perspektivet forklarer hvorfor spenninger og ulike verdiforståelser oppstår, men sier mindre om hvilke organisatoriske mekanismer som kan gjøre samhandling mulig over tid. For å analysere hvordan Health2B strukturerer samarbeid og legger til rette for verdiskaping under slike betingelser, er det derfor nødvendig å supplere dette perspektivet med et mer operasjonelt rammeverk for organisering av offentlig-private samarbeid. Dette danner grunnlaget for neste delkapittel, hvor Villani et al. (2017) sitt perspektiv på organisatorisk design og verdiskaping i samarbeid på tvers av sektorer introduseres.

4.2 Organisatorisk design og verdiskaping i hybride samarbeid

Et sentralt bidrag hos Villani et al. (2017) er koblingen mellom institusjonell kompleksitet og forretningsmodelltenkning. Forfatterne utvikler et rammeverk for å analysere hvordan offentlig-private partnerskap organiseres for å skape verdi under betingelser av institusjonell kompleksitet. I stedet for å forstå slike samarbeid primært som kontraktsbaserte eller juridiske arrangementer, fremhever de betydningen av organisatorisk design.

Villani et al. (2017) definerer en forretningsmodell som et system av aktiviteter, styringsmekanismer og ressurskoblinger som samlet muliggjør verdiskaping. Verdiskaping forstås her ikke kun som økonomisk gevinst, men som summen av fordeler som oppnås for involverte aktører og for samfunnet som helhet. Perspektivet åpner dermed for en bredere forståelse av verdi, særlig relevant i kontekster hvor både offentlige og private aktører inngår.

I denne studien anvendes rammeverket i en kontekst som skiller seg fra tradisjonelle offentlig-private partnerskap, ved at Health2B fungerer som en innovasjonsarena, snarere enn en formalisert samarbeidsstruktur. Health2B kan dermed forstås som en lavt formalisert samarbeidsstruktur, hvor samhandling i stor grad er basert på frivillig deltakelse og aktørenes egen involvering. Dette kan innebære at verdiskaping i mindre grad skjer gjennom kontraktsbaserte leveranser, og i større grad utvikles gjennom løpende samhandling, relasjoner og felles problemløsning. Rammeverket anvendes derfor som et analytisk verktøy for å undersøke hvordan arenaens organisering påvirker samhandling og verdiskaping mellom aktører med ulike institusjonelle forankringer.

Villani et al. (2017) identifiserer tre gjensidig avhengige dimensjoner: ressurser, prosesser og styring. Dimensjonene brukes i denne studien som analytiske kategorier for å undersøke hvordan verdiskaping muliggjøres eller hemmes i hybride samarbeid. Gjennom disse dimensjonene kan innovasjonsarenaen analyseres som en mulig bro mellom ulike institusjonelle logikker. I stedet for å forsøke å eliminere forskjeller mellom aktørene, kan arenaens organisatoriske design bidra til å etablere strukturer som gjør det mulig å håndtere ulikheter konstruktivt. Verdiskaping forstås dermed som et resultat av hvordan ressurser kobles, hvordan prosesser struktureres, og hvordan styringsmekanismer utformes i møte med institusjonell kompleksitet.

4.2.1 Ressurser og komplementaritet

Ressurser refererer til de ressursene, kompetansene og kapasitetene de ulike aktørene tar med seg inn i samarbeidet eller partnerskapet. I en innovasjonsarena handler ikke dette nødvendigvis om formelt eierskap til ressurser, men om tilgang til, og mobilisering av, komplementære kapasiteter. I et hybrid samarbeid i helsesektoren kan dette for eksempel innebære faglig og klinisk kompetanse, behovsforståelse i offentlig sektor, teknologisk ekspertise, kunnskap om lovverk og anskaffelser, og nettverk og relasjonelle ressurser. Et sentralt poeng hos Villani et al. (2017) er at verdiskaping forutsetter komplementaritet mellom aktørenes ressurser. Dersom ressursene er overlappende eller ikke integreres effektivt, reduseres potensialet for merverdi. Når de derimot kombineres på en måte som utnytter hver aktørs særskilte styrker, kan samarbeidet skape verdier som ikke ville vært mulig å realisere individuelt.

Analytisk innebærer dette at verdiskaping i arenaen ikke bare avhenger av hvilke aktører som deltar, men av hvordan deres ressurser faktisk kobles og tas i bruk i samhandlingen. I analysen vil dette undersøkes gjennom hvordan aktørene beskriver betydningen av ulike perspektiver, kompetanse og roller, samt hvilke aktører som oppleves som til stede eller fraværende i arenaen.

4.2.2 Prosesser

Prosesser refererer til hvordan samarbeidet faktisk fungerer i praksis. I innovasjonsarenaer er prosessene ofte viktigere enn de formelle strukturene. Verdiskapingen skjer gjennom samhandling, dialog og eksperimentering, heller enn forhåndsdefinerte utfall. Prosesser kan blant annet omfatte: hvordan informasjon deles, hvordan beslutninger tas, hvordan møteplassene struktureres, i hvilken grad relasjonene preges av tillit og hvordan læring og kunnskapsutvikling skjer (Villani et al., 2017).

Villani et al. (2017) fremhever at prosesser er svært avgjørende for å håndtere institusjonell kompleksitet. Ulike logikker kan føre til misforståelser og motstridende forventninger, og uten effektive samhandlingsprosesser kan samarbeidet preges av fragmentering eller symbolsk samarbeid snarere enn reell integrasjon. Relasjonelle mekanismer som tillit, gjensidig forståelse og felles problemløsning blir dermed sentrale. Prosessene fungerer som en oversettelsesmekanisme mellom ulike institusjonelle perspektiver.

I innovasjonsarenaer som Health2B, hvor formell styring er begrenset, blir prosessene særlig sentrale, ettersom de i stor grad utgjør selve mekanismen for koordinering og verdiskaping. Analytisk innebærer dette at studien retter særlig oppmerksomhet mot hvordan dialog, tillit, læring og gjensidig forståelse utvikles i praksis, og hvilken betydning disse prosessene har for samhandling mellom aktører.

4.2.3 Styring

Styring omhandler den formelle og uformelle styringen av samarbeidet. Innovasjonsarenaer kjennetegnes ofte av relativt lav grad av hierarkisk styring. Samtidig krever samarbeid på tvers av sektorer en viss grad av struktur og koordinering. Styring handler derfor ikke primært om kontraktstyring, men heller om blant annet rolleavklaring, ansvarsfordeling, forventningsstyring, insentiver, grad av formalisering og mekanismer for oppfølging og videreføring av initiativer (Villani et al., 2017).

I hybride samarbeid er styring særlig viktig fordi ulike institusjonelle logikker innebærer ulike forventninger til kontroll, ansvarlighet og beslutningsmyndighet. Offentlige aktører kan være underlagt politisk styring og krav til åpenhet, mens private aktører kan være mer fleksible og markedsorienterte. Villani et al. (2017) argumenterer for at effektiv styring ikke bare handler om kontrakter, men om å etablere integrative mekanismer som samordner ulike interesser og skaper felles retning.

I kontekster med lav grad av hierarkisk styring, slik som innovasjonsarenaer, blir fravær av tydelige styringsmekanismer i seg selv et poeng. Dette kan påvirke i hvilken grad samhandling faktisk omsettes til konkrete resultater. I denne studien innebærer dette å undersøke hvordan fravær eller uklarhet i ansvar, beslutningsmyndighet og oppfølging påvirker overgangen fra dialog til handling i arenaen.

4.3 Oppsummering av det teoretiske rammeverket

Det teoretiske rammeverket beskrevet i dette kapittelet gir et analytisk grunnlag for å undersøke hvordan samhandling og verdiskaping formes i en innovasjonsarena som Health2B. Ved å inkludere både et institusjonelt perspektiv og et organisasjonsdesign-

perspektiv, gjør rammeverket de mulig å analysere både hvilke underliggende logikker som preger aktørene, og hvordan samhandlingen organiseres og håndteres i praksis.

Institusjonell logikk anvendes for å identifisere hvilke normer, mål og rasjonaliteter aktørene bringer inn i samarbeidet. Dette perspektivet bidrar til å belyse hvordan ulike aktører kan ha forskjellige forståelser av hva som utgjør relevant handling, ønskede resultater og legitim verdiskaping. Det gir dermed et utgangspunkt for å analysere hvorfor ulike forventninger, prioriteringer og spenninger oppstår i samhandlingen mellom aktørene.

Villani et al. (2017) sitt rammeverk brukes for å konkretisere hvordan samhandling og verdiskaping formes gjennom arenaens organisering. Rammeverket retter oppmerksomheten mot tre sentrale dimensjoner: ressurser, prosesser og styring. Ressursdimensjonen gjør det mulig å analysere hvilke materielle, relasjonelle og kunnskapsmessige ressurser som mobiliseres i arenaen. Prosessdimensjonen belyser hvordan samhandling utvikles gjennom dialog, læring og gjentatt interaksjon. Styringsdimensjonen gir grunnlag for å undersøke hvordan ansvar, koordinering, deltakelse og videreføring struktureres.

Samlet gir dette rammeverket et grunnlag for å analysere Health2B som både en institusjonelt sammensatt og organisatorisk tilrettelagt innovasjonsarena. Det gjør det mulig å undersøke hvordan ulike aktørers mål, normer og forventninger påvirker samhandlingen, samtidig som oppmerksomheten rettes mot de konkrete organisatoriske forholdene som former samarbeidet i praksis.

Dette danner utgangspunktet for analysen i kapittel 6, hvor de empiriske funnene drøftes i lys av både aktørenes institusjonelle forankring og Health2Bs organisatoriske utforming. På denne måten kan studien belyse ikke bare hvordan samhandling foregår i Health2B, men også hvilke betingelser som påvirker om samhandlingen utvikler seg til opplevd verdiskaping. Før analysen presenteres, redegjør neste kapittel for studiens metodiske tilnærming, forskningsdesign og datagrunnlag.

5. Metodologi

Dette kapittelet redegjør for de metodiske valgene som ligger til grunn for studien, og hvordan datamaterialet er samlet inn og analysert. Formålet er å gi transparens i forskningsprosessen, og dermed legge til rette for en vurdering av studiens kvalitet, troverdighet og analytiske grunnlag.

Innledningsvis presenteres studiens epistemologiske forankring, før forskningsdesign og gjennomføring av datainnsamlingen beskrives. Deretter gjøres det rede for analyseprosessen, før kapittelet avsluttes med en drøfting av studiens kvalitet og etiske vurderinger.

5.1 Filosofisk utgangspunkt

Epistemologi utgjør en sentral del av studiens vitenskapsteoretiske fundament og handler om hvordan kunnskap forstås, produseres og vurderes. Antakelser om hva som kan regnes som gyldig kunnskap har betydning for hvordan forskning utformes, herunder valg av metodisk tilnærming og forskningsdesign. Et tydelig epistemologisk ståsted bidrar dermed til å avklare hvilke metoder som er hensiktsmessige for å undersøke fenomenet studien retter seg mot, og påvirker hvordan forskeren forstår sin rolle i møte med forskningsfeltet (Myers, 1997).

Innen informasjons- og organisasjonsforskning skilles det ofte mellom positivistiske, fortolkende og kritiske forskningstradisjoner (Orlikowski & Baroudi, 1991; Myers, 1997). Denne studien er forankret i en fortolkende tradisjon, som bygger på en forståelse av at tilgang til virkeligheten skjer gjennom sosiale konstruksjoner, slik som språk, erfaringer, meningsdannelse og samhandling (Myers, 1997). En fortolkende tilnærming gjør det mulig å utforske hvordan deltakerne selv oppfatter og erfarer fenomenet som studeres, gjennom innsikt i deres perspektiver, fortolkninger og handlinger (Myers & Avison, 2002). Dette er særlig relevant i studier av samhandling og innovasjonsprosesser, hvor fenomenet formes av aktørenes erfaringer, relasjoner og kontekstuelle betingelser.

I tråd med denne tradisjonen er målet ikke statistisk generalisering, men å utvikle en grundig forståelse av fenomenet i sin kontekst. En slik forståelse kan likevel bidra med begreper, fortolkninger og innsikter som kan være relevante for andre, tilsvarende sammenhenger, uten at funnene er ment å være statistisk generaliserbare (Walsham, 1995; 2006).

5.2 Forskningsdesign

Studien er gjennomført som en kvalitativ casestudie av innovasjonsarenaen Health2B. Ifølge Yin (1994, sitert i Myers & Avison, 2002, s. 5) kan en casestudie defineres som «en empirisk undersøkelse som studerer et samtidfenomen innenfor sin virkelige kontekst, særlig når grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er klart avgrenset». Casestudier er en veletablert metodologisk tilnærming innen kvalitativ forskning og er særlig egnet for å undersøke komplekse fenomener som ikke lar seg forstå løsrevet fra den konteksten de inngår i (Myers & Avison, 2002). Dette er avgjørende for å forstå hvordan Health2B fungerer som en innovasjonsarena i praksis.

Health2B representerer et komplekst, dynamisk og relasjonelt fenomen, der samhandling mellom ulike aktører står sentralt. En kvalitativ tilnærming muliggjør derfor en dypere forståelse av hvordan samhandling faktisk utspiller seg i praksis, og hvordan aktørene selv opplever og fortolker dette. Studien har også et sammenlignende element, ved at perspektiver fra ulike aktører (offentlig/privat, partner/ikke partner) sammenholdes. Dette gjør det mulig å identifisere både fellestrekk og forskjeller i hvordan arenaen forstås, brukes og oppleves av ulike aktørgrupper.

5.2.1 Deltakende casestudie

Studien kan mer presist karakteriseres som en fortolkende og deltakende casestudie. I tråd med Walshams forståelse av fortolkende casestudier forstås casestudien ikke bare som en metode for datainnsamling, men som en forskningsstrategi der forskeren søker å forstå aktørenes egne fortolkninger, erfaringer og meningsdannelse i den konteksten de inngår i (Walsham, 1995; 2006). I denne studien innebærer det at forskerne har vært til stede i feltet over tid og utviklet en kontekstuell og relasjonell forståelse av fenomenet som studeres.

Studien bygger på gjentatt og langvarig tilstedeværelse i Health2B over en periode på omtrent ett og et halvt år, gjennom deltakelse på møter, arbeidsgrupper og arrangementer. Dette har gjort det mulig å følge utviklingsprosesser slik de faktisk utspiller seg, snarere enn å basere analysen kun på beskrivelser gitt i ettertid. Dette styrkers studiens prosessorienterte perspektiv, ved at både kontinuitet og endring i arenaen kan analyseres.

En deltakende casestudie innebærer imidlertid ikke at forskeren opptrer som en nøytral observatør, men at kunnskapen utvikles i samspill mellom forsker og felt (Walsham, 1995; 2006). Den tette kontakten gir tilgang til nyanser og uformelle prosesser som en mer distansert forsker ikke nødvendigvis ville fått innsyn i, men den forutsetter samtidig bevisst refleksjon rundt egen rolle og påvirkning på forskningsprosessen.

Casestudietilnærmingen åpner for bruk av ulike former for datagenerering, både kvalitative og kvantitative, herunder intervjuer, observasjoner og dokumentstudier. Ifølge Tjora (2023) kan slike metoder med fordel kombineres innenfor rammen av en casestudie for å styrke forståelsen av fenomenet.

Tilnærmingen gjør det mulig å analysere hvordan innovasjon utvikles i tett samspill med organisatoriske og institusjonelle forhold, og hvordan teknologiske løsninger både påvirker og påvirkes av den konteksten de inngår i (Myers, 1997; Myers & Avison, 2002). På denne måten legger studien til rette for en kontekst-nær og prosessorientert analyse av hvordan ulike aktører forstår, forhandler og utvikler Health2B som innovasjonsarena.

5.3 Datainnsamling

Datamaterialet til studien består av tre hovedkilder: deltakende observasjon, semistrukturerte intervjuer og dokumentanalyse. Studien ble søkt og godkjent av SIKT (Se **vedlegg 1**).

Kombinasjonen av disse datakildene representerer en form for metodetriangulering, som styrker studiens troverdighet ved å belyse fenomenet fra flere perspektiver (Tjora, 2023). I denne studien er metodene kombinert for å fange både aktørenes fortolkninger, arenaens formelle strukturer og de løpende samhandlingsprosessene som utvikler seg over tid. Observasjoner gir innsikt i faktisk praksis, intervjuer gir tilgang til aktørenes fortolkninger, mens dokumenter gir innsikt i formelle strukturer og utvikling over tid. Sammen bidrar dette til en mer helhetlig forståelse av Health2B som innovasjonsarena.

5.3.1 Innledende arbeid

Forskningsarbeidet ble initiert høsten 2024, da det ble etablert kontakt med daglig leder i Health2B gjennom universitetet. Etter innledende samtaler, både digitalt via Microsoft Teams og i fysiske møter på arenaen, ble masteroppgaven knyttet til Health2B som empirisk case. Siden oppstarten har deltakelse på møter, workshops og arrangementer i regi av Health2B gitt innsikt i arenaens aktiviteter, samhandlingsformer og utvikling over tid. Den tidlige og kontinuerlige tilgangen til feltet har dermed gitt et bredt grunnlag for å forstå hvordan arenaen fungerer i praksis.

Tabell 3 gir en oversikt over forskernes deltakelse i Health2B og viser hvordan observasjonsgrunnlaget er hentet fra ulike deler av arenaens virksomhet, inkludert arbeidsgrupper, workshops, partnern møter og åpne arrangementer.

Arrangement	Antall deltakelser	Kort beskrivelse
Arbeidsgruppemøte: <i>Strategisk videreutvikling</i>	4	Møter med fokus på videreutvikling av arenaen, inkludert problemstillinger knyttet til strategi, organisering og partnermodell.
Arbeidsgruppemøte: <i>Hjemmebehandling</i>	5	Møter der hjemmebehandling og digital hjemmeoppfølging stod sentralt, med diskusjon av behov, erfaringer og muligheter for samarbeid.
Workshop: <i>Hjemmebehandling</i>	2	To heldagsworkshops med fokus på å utvikle felles forståelse av digital hjemmeoppfølging gjennom kartlegging, diskusjon og strukturering av aktørenes perspektiver.
Partnern møte	3	Møter der partnere diskuterte strategiske og organisatoriske spørsmål knyttet til videreutvikling av Health2B.
Health2B-Open	8	Åpne fagarrangementer med presentasjoner og diskusjoner, med vekt på kunnskapsdeling og erfaringsutveksling på tvers av sektorer.
Masterspesifikke møter	5	Møter om masteroppgaven med daglig leder i Health2B og veileder ved UiO.
Evaluerings/analyse av Health2B 2024/2025	4	Møter knyttet til evaluering og analyse av Health2B, med fokus på refleksjon, erfaringsutveksling og videre utvikling av arenaen.
Studentlunsj	6	Uformelle lunsjer med andre UiO-studenter, daglig leder og andre aktører til stede på arenaen.

Tabell 3. Oversikt over deltakelse og observasjonsgrunnlag i Health2B. Tabellen gir en oversikt over forskernes deltakelse i ulike møter, arbeidsgrupper, workshops og arrangementer i Health2B. Den synliggjør bredden i observasjonsgrunnlaget og viser hvilke arenaer som har bidratt til studiens kontekstuelle forståelse.

5.3.2 Observasjoner

En sentral del av datainnsamlingen har vært observasjoner, nærmere bestemt deltakende observasjon. Gjennom langvarig tilstedeværelse i feltet har det vært mulig å få innsikt i hvordan arenaen fungerer i praksis, både når det gjelder samhandling mellom aktørene, organiseringen av møteplasser og de mer uformelle prosessene som finner sted i pauser og mellom møter.

Observasjonene har bidratt til økt kontekstforståelse og gjort det mulig å supplere de senere gjennomførte intervjuene med egne inntrykk fra feltet. Det har blitt ført løpende notater fra samlingene og registrert hvordan aktører uttrykker seg, hvilke temaer som løftes frem, og hvordan relasjoner utvikles over tid. Observasjonsdataene har dermed fungert både som supplement og korrektiv til intervjumaterialet, og bidratt til en mer helhetlig forståelse av Health2B som innovasjonsarena.

Observasjoner er særlig relevant i studier av organisatorisk praksis og samhandling, fordi metoden gir tilgang til sosiale situasjoner slik de faktisk utspiller seg, og ikke bare slik de beskrives i ettertid (Tjora, 2023). Som Dingwall argumenterer, må forskeren gjennom observasjon «lytte til hva verden forteller oss» (1997, referert i Tjora, 2023). I studier av organisasjoner og arbeidspraksiser er dette særlig viktig, fordi samhandling ikke bare består av det aktørene sier at de gjør, men også av hvordan de faktisk handler, kommuniserer og forholder seg til hverandre i konkrete situasjoner. Mens intervjuer gir innsikt i aktørenes egne fortolkninger og erfaringer, gir observasjon tilgang til hvordan samhandling faktisk kommer til uttrykk i praksis (Tjora, 2023).

I denne studien har observasjonene strukket seg over en lengre periode, noe som har gjort det mulig å følge utviklingen av arenaen over tid. Den gjentatte tilstedeværelsen ga innsikt i både formelle strukturer og mer uformelle trekk ved Health2B, inkludert relasjoner, roller og samhandlingsmønstre. Observasjonene ga også tilgang til uformelle samtaler med ulike partnere, som senere ble utdypet og nyansert gjennom formelle intervjuer. Dette har styrket studiens prosessorienterte karakter, ved at datamaterialet gjør det mulig å analysere både kontinuitet og endring i hvordan arenaen utviklet seg gjennom datainnsamlingsperioden.

Når det gjelder observasjonsroller, skilles det i klassiske inndelinger mellom fire typer: fullstendig deltaker, fullstendig observatør, deltakende observatør og observerende deltaker (Gold, 1958, referert i Tjora, 2023). De to første innebærer skjult observasjon, mens de to sistnevnte representerer åpne observatørroller, der de observerte enten er klar over forskerens rolle (deltakende observatør) eller der deltakeren samtidig er forsker (observerende deltaker).

I denne studien har rollen utviklet seg over tid. Tilgangen til arenaen høsten 2024 ble etablert gjennom en posisjon som «nøytrale» studenter, uten en forhåndsdefinert tematisk retning for masteroppgaven. I den innledende fasen var deltakelsen hovedsakelig preget av passiv observasjon og praktisk støtte i forbindelse med arrangementer. Etter hvert utviklet rollen seg i en mer aktiv retning, med deltakelse i diskusjoner parallelt med observasjon av samhandlingen mellom aktørene.

Denne kombinerte rollen kan, i tråd med Tjora (2023), beskrives som interaktiv observasjon, der observatøren er til stede i feltet og samtidig inngår i ulike former for sosial interaksjon med dem som observeres. Interaktiv observasjon bygger på en forståelse av at samhandling mellom observatør og observerte alltid vil påvirke situasjonen, særlig når observatøren er synlig til stede. Rollen kan derfor befinne seg mellom passiv observasjon og mer aktiv deltakelse, og graden av involvering kan endre seg over tid (Tjora, 2023).

Oppgavens tematikk vokste gradvis frem gjennom deltakelse i arenaens aktiviteter, særlig i arbeidsgruppene hjemmebehandling og strategisk videreutvikling. Gjennom denne prosessen ble selve innovasjonsarenaen tydeligere som analytisk enhet, herunder hvordan den organiseres, hvilke samhandlingsformer som utvikles, og hvordan aktørene samarbeider om å fremme digital innovasjon på tvers av sektorer. Studien retter derfor blikket mot arenaen som case, fremfor kun mot enkeltprosjekter eller teknologiske løsninger.

Først høsten 2025, etter om lag ett år med observasjoner, ble oppgavens endelige tematikk avklart i dialog med veileder ved UiO og daglig leder i Health2B. Studiens foreløpige tema ble deretter presentert i arenaen gjennom en frivillig presentasjon. De som valgte å delta, bidro med nyttige innspill som bidro til å tydeliggjøre oppgavens retning og styrke begrunnelsen for studiens relevans.

Samtidig er det viktig å presisere at ikke alle aktører i arenaen, herunder også deltakere i arbeidsgruppene hjemmebehandling og strategisk videreutvikling, nødvendigvis har vært kjent med studiens fulle omfang eller innhold. Dette gjelder særlig aktører med mer begrenset fysisk deltakelse i arenaen, og personer som ikke har vært involvert som informanter i studien. Observasjonene er derfor i hovedsak brukt på et overordnet analytisk nivå, med vekt på samhandlingsformer, møtestrukturer og utviklingstrekk i arenaen, og ikke for å identifisere eller analysere enkeltpersoners handlinger isolert. Dette representerer en relevant metodisk og etisk refleksjon knyttet til feltarbeidet.

5.3.3 Intervjuer

Dybdeintervjuer er godt egnet for å få innsikt i informantenes perspektiver, erfaringer og vurderinger (Tjora, 2023). I denne studien utgjør semistrukturerte intervjuer en sentral datakilde, i tillegg til observasjoner og dokumentanalyse. Intervjuene er gjennomført med representanter fra ulike deler av Health2B, herunder kommuner, næringsliv og helseforetak. Utvalget er strategisk sammensatt med mål om å oppnå bredde i erfaringer, roller og organisatorisk tilknytning, og dermed belyse arenaen fra flere perspektiver.

5.3.3.1 Informanter

Informantene i studien er rekruttert med mål om å fange et bredt spekter av erfaringer og perspektiver knyttet til Health2B som innovasjonsarena. Rekrutteringen skjedde i ulike stadier av datainnsamlingsprosessen, blant annet etter innledende møter med daglig leder i Health2B og veileder ved universitetet, samt gjennom videre anbefalinger fra allerede intervjuede informanter.

Utvalget består av både partnere og ikke-partnere knyttet til Health2B, samt aktører fra offentlig og privat sektor. Denne sammensetningen er valgt for å sikre innsikt både fra aktører med tett og formell tilknytning til arenaen, og fra aktører som har et mer eksternt forhold til Health2B, men likevel erfaring med eller kjennskap til dens virksomhet. Dette gir grunnlag for å analysere eventuelle forskjeller i opplevelser, forventninger og vurderinger av Health2B sin rolle og funksjon.

Tabell 4 gir en oversikt over informantene og deres tilknytning til Health2B og sektor. For å ivareta anonymitet er informantene presentert med «Informant» etterfulgt av nummererte koder, og organisasjonstilhørighet er angitt på et overordnet nivå. Dette innebærer at konkrete virksomhetsnavn ikke kommer frem, men at sektor (offentlig/privat) og relasjon til arenaen (partner/ikke-partner) er synliggjort.

Totalt ble det gjennomført 17 intervjuer. Informantene representerer ulike nivåer i organisasjonene, inkludert ledere, prosjektansvarlige og fagpersoner med operativ tilknytning til arenaen. Dette har gjort det mulig å fange både strategiske vurderinger og mer praksisnær erfaring knyttet til Health2B.

Informant	Relasjon til Health2B	Sektor	Gjennomføringsform	Varighet
Informant 1	Partner	Privat	Fysisk på nøytral møteplass	55 min
Informant 2	Partner	Offentlig	Fysisk på informantens arbeidsplass	44 min
Informant 3	Partner	Offentlig	Digitalt over Microsoft Teams	38 min
Informant 4	Partner	Offentlig	Fysisk på nøytral møteplass	36 min
Informant 5	Partner	Privat	Digitalt over Microsoft Teams	33 min
Informant 6	Partner	Privat	Fysisk på informantens arbeidsplass	40 min
Informant 7	Partner	Privat	Fysisk på informantens arbeidsplass	44 min
Informant 8	Partner	Privat	Fysisk på informantens arbeidsplass	37 min
Informant 9	Partner	Privat	Fysisk på nøytral møteplass	43 min
Informant 10	Ikke-partner	Privat	Digitalt over Microsoft Teams	27 min
Informant 11	Partner	Privat	Digitalt over Microsoft Teams	31 min
Informant 12	Ikke-partner	Privat	Digitalt over Microsoft Teams	34 min
Informant 13	Ikke-partner	Privat	Fysisk på nøytral møteplass	23 min
Informant 14	Ikke-partner	Offentlig	Digitalt over Microsoft Teams	43 min
Informant 15	Ikke-partner	Privat	Digitalt over Microsoft Teams	31 min
Informant 16	Ikke-partner	Offentlig	Digitalt over Microsoft Teams	27 min
Informant 17	Ikke-partner	Privat	Digitalt over Microsoft Teams	48 min

Tabell 4. Oversikt over informanter. Tabellen gir en anonymisert oversikt over informantene i studien, inkludert deres relasjon til Health2B, sektor, gjennomføringsform og intervjuets varighet.

Utvalget er ikke jevnt fordelt mellom sektorene, men sammensatt med hensikt om å belyse sentrale perspektiver som fremstod som særlig relevante i lys av studiens problemstilling. Rekrutteringen har dermed vært styrt av analytisk relevans snarere enn kvantitativ representativitet. Formålet har vært å sikre bredde i erfaringer og perspektiver, slik at

ulike forståelser av arenaens rolle, organisering og verdiskaping kan sammenholdes og analyseres.

Videre har variasjonen mellom partnere og ikke-partnere vært viktig for å undersøke hvordan formell tilknytning til arenaen kan påvirke forventninger, engasjement og vurderinger av nytte. Denne differensieringen har bidratt til å identifisere både interne og mer eksterne perspektiver på Health2B som innovasjonsarena.

5.3.3.2 Intervjuprosessen

Intervjuene hadde en semistrukturert tilnærming, hvor både spørsmål og rekkefølge kunne justeres underveis, avhengig av samtalens dynamikk og informantenes responser (Sverdrup, 2020). Dette ga fleksibilitet til å følge opp temaer som oppstod i samtalene og utforske informantenes perspektiver i dybden.

Intervjuene tok utgangspunkt i forhåndsutarbeidede intervjuguider. Det ble utarbeidet to ulike intervjuguider: én for aktører som var partnere i Health2B (**vedlegg 2**), og én for aktører som ikke var partnere, men som likevel hadde relevant kjennskap til arenaen eller feltet (**vedlegg 3**). Dette gjorde det mulig å tilpasse spørsmålene til informantenes ulike roller og relasjoner til Health2B, samtidig som sentrale temaer ble dekket på tvers av intervjuene.

Utformingen av intervjuguidene var inspirert av Tjora (2023) sin modell for dybdeintervjuets struktur, som legger opp til en progresjon fra oppvarmingsspørsmål, via mer refleksjonsorienterte spørsmål, til avsluttende spørsmål. En slik oppbygning bidrar til å skape en trygg intervjusituasjon, noe som anses som viktig for å fremme åpne og reflekterte svar. Intervjuene varte mellom omtrent 20 og 60 minutter og ble gjennomført både fysisk og digitalt, avhengig av informantenes tilgjengelighet. Intervjuguidene ble justert fortløpende i lys av innsikter fra tidligere intervjuer, noe som gjorde det mulig å utdype fremvoksende temaer og følge opp mønstre som utviklet seg underveis i datainnsamlingen (Tjora, 2023).

Alle intervjuene ble gjennomført med to intervjuere til stede. Denne organiseringen gjorde det mulig for den ene intervjueren å ha hovedansvar for intervjuguiden, stille spørsmål og følge opp temaer, mens den andre kunne konsentrere seg om å lytte, observere og sikre at relevante spørsmål ble dekket (Tjora, 2023). Dette bidro til struktur og kontinuitet i intervjusituasjonen, samtidig som det ga rom for løpende refleksjon mellom intervjuerne i etterkant.

Under intervjuene ble det lagt vekt på bruk av åpne spørsmål, for å gi informantene rom til å uttrykke egne erfaringer, meninger og vurderinger uten sterke føringer fra intervjueren. Det ble også gitt rom for at informantene kunne bevege seg utover intervjuguidens struktur, slik at samtalen kunne utvikle seg i retninger som opplevdes som viktige for dem. En slik fleksibilitet gjør det mulig å følge opp temaer som oppstår underveis i intervjuene, i tillegg til forhold som ikke var identifisert på forhånd, men som viser seg å være relevante for analysen (Tjora, 2023). Denne tilnærmingen er særlig relevant i studien av en innovasjonsarena preget av ulike interesser, roller og institusjonelle logikker, der aktørenes egne refleksjoner er sentrale for å forstå hvordan Health2B oppleves og fortolkes.

Det er samtidig viktig å være bevisst at intervjuet er en sosial og situert hendelse, der informanten fremstiller seg selv i samspill med intervjuerne og innenfor rammene av den konkrete intervjusituasjonen. Informasjonen som kommer frem, er dermed knyttet til denne interaktive konteksten. I en studie der forskerne over tid har hatt tilknytning til arenaen, kan relasjonen mellom intervjuer og informant også påvirke hvordan erfaringer og vurderinger formidles. Dette innebærer imidlertid ikke at utsagnene er løsrevet fra informantenes faktiske oppfatninger eller erfaringer, men at tanker og refleksjoner ofte utvikles og tydeliggjøres i selve intervjusituasjonen (Tjora, 2023).

Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av Nettskjema-diktafon, en løsning fra Universitetet i Oslo, hvor lydopptakene lagres kryptert og behandles innenfor Tjenester for Sensitive Data (Universitetet i Oslo, 2017). For digitale intervjuer ble Teams benyttet som møteplattform, mens lydopptakene ble gjennomført på samme måte. Samtykke til opptak og bruk av data ble innhentet fra alle informanter gjennom et utarbeidet samtykkeskjema (**vedlegg 4**).

Lydopptakene ble transkribert ved hjelp av Nettskjema. For å sikre kvalitet og nøyaktighet i transkripsjonene ble de automatisk genererte tekstene gjennomgått manuelt ved at lydopptakene ble lyttet til på nytt og teksten justert der det var nødvendig. Transkripsjonene dannet grunnlaget for videre koding og tematisk analyse av materialet, og lydopptakene ble slettet etter fullstendig transkribering.

5.3.4 Dokumentanalyse

I tillegg til observasjoner og intervjuer har studien inkludert analyse av dokumenter, som årsrapporter, strategiplaner, referater og presentasjoner. Dokumentene har gitt et viktig bakteppe for å forstå arenaens rammebetingelser, utviklingsretning og den overordnede kjerneideen med Health2B. Slik Tjora (2023) påpeker, brukes dokumenter i kvalitative studier ofte som sekundærdata. I denne studien har dokumentmaterialet hatt en slik funksjon, ved å supplere og kontekstualisere de primære datakildene.

Samtidig har dokumentanalysen ikke vært avgrenset til en avsluttende gjennomgang av eksisterende materiale, men inngått som en integrert del av forskningsprosessen. Ettersom arenaen er fulgt over tid, har nye dokumenter blitt tilgjengelige i takt med utviklingen av arbeidsgruppene, strategiske prioriteringer og organisatoriske justeringer. Dette har gjort det mulig å analysere hvordan problemforståelser, målformuleringer og samarbeidsmodeller har endret seg gjennom datainnsamlingsperioden.

Videre har forskerne i enkelte tilfeller deltatt i prosesser knyttet til utforming og vurdering av dokumenter, blant annet spørreundersøkelser rettet mot både partnere og ikke-partnere. Denne nærheten har gitt innsikt i hvilke problemstillinger som ble løftet frem, hvordan spørsmål ble formulert, og hvilke hensyn som ble vurdert i utarbeidelsen. I tillegg har forskerne vært til stede i møter der nye partnermodeller og organisatoriske løsninger har blitt diskutert. Dette innebærer at dokumentene ikke bare representerer ferdige, formelle uttrykk for beslutninger, men også inngår i en pågående forhandlingsprosess om arenaens videre utvikling.

I tråd med Tjora (2023) har dokumentene dermed bidratt til å styrke studiens historiske følsomhet. De har gjort det mulig å sammenholde nåtidige intervjuer med tidligere formuleringer og prioriteringer, og slik identifisere både kontinuitet og endring i arenaens utvikling. Dokumentene har fungert som et korrektiv til intervjuer i ettertid, ved at de viser hvordan situasjonene ble beskrevet og forstått da de faktisk fant sted.

5.4 Dataanalyse

Analysen bygger på et sammensatt datamateriale bestående av transkriberte dybdeintervjuer, feltnotater fra observasjoner og relevante dokumenter, og er gjennomført gjennom en systematisk prosess for koding og tematisk fortolkning av materialet. Målet med analysen har

vært å utvikle en analytisk forståelse av hvordan samhandling og verdiskaping kommer til uttrykk i Health2B, og hvilke barrierer og muligheter som preger denne innovasjonsarenaen.

Ettersom studien bygger på flere datakilder, har analysen ikke bare handlet om å identifisere mønstre i intervjuene, men også om å sammenholde aktørenes beskrivelser med observerte samhandlingsprosesser og formelle beskrivelser av arenaens organisering og utvikling. Analysen har dermed vært både empiridrevet og kontekstorientert, og har søkt å utvikle en helhetlig forståelse av Health2B som en arena i utvikling.

5.4.1 Analysemetode: tematisk analyse

Det empiriske materialet er analysert ved hjelp av tematisk analyse, slik den er beskrevet av Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse er en fleksibel og systematisk metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) i kvalitative data, og egner seg særlig godt for å utforske aktørers erfaringer, oppfatninger og meningsdannelse i komplekse organisatoriske kontekster. Metoden er ikke bundet til ett bestemt teoretisk rammeverk, men kan anvendes innenfor ulike epistemologiske tilnærminger, herunder fortolkende forskning, som denne studien er forankret i (Braun & Clarke, 2006).

I tråd med studiens fortolkende epistemologi er analysen gjennomført som en kontekstuell tematisk analyse, der informantenes beskrivelser forstås som uttrykk for både individuelle erfaringer og de organisatoriske og institusjonelle rammene de inngår i. Analysen søker dermed ikke å avdekke objektive sannheter, men å utvikle en analytisk forståelse av hvordan aktører opplever og fortolker Health2B som innovasjonsarena, og mer spesifikt hvordan samhandling og verdiskaping kommer til uttrykk i arenaen.

5.4.2 Koding

Koding er en sentral analyseteknikk i kvalitative studier, ettersom den muliggjør en strukturert og systematisk bearbeiding av omfattende tekstmateriale. Gjennom koding kan datamaterialet sorteres og sammenstilles i meningsbærende enheter, noe som bidrar til å identifisere både forventede og uventede mønstre i dataene. En kode kan bestå av et enkelt begrep, en formulering eller en kort beskrivelse som knyttes til deler av teksten, for eksempel et sitat, et avsnitt eller et lengre intervjuutdrag.

Analyseprosessen initieres allerede i kodingsfasen, der arbeidet med å merke og strukturere data samtidig bidrar til å redusere kompleksiteten i materialet og legge grunnlaget for videre tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Tjora, 2023). I denne studien ble kodingen i hovedsak gjennomført manuelt, med utgangspunkt i meningsbærende tekstutdrag knyttet til studiens problemstilling.

5.4.3 Analysens tilnærming

I arbeidet med analysen ble det vurdert flere analytiske tilnærminger, herunder en rammeverksbasert analyse, en tydelig teoridrevet analyse og en mer induktiv tilnærming inspirert av grounded theory. En rammeverksbasert analyse kan bidra til tidlig struktur ved at analysen organiseres rundt forhåndsdefinerte kategorier, men kan samtidig begrense muligheten for å fange opp nye og uventede funn dersom empirien i stor grad tolkes innenfor etablerte rammer. En tydelig teoridrevet analyse gir på tilsvarende måte en tett kobling til eksisterende litteratur, men innebærer også en risiko for at empirien primært forstås gjennom forhåndsdefinerte begreper og antakelser.

En mer induktiv tilnærming gir større åpenhet for informantenes egne perspektiver og erfaringer, og er særlig egnet når formålet er å forstå sosiale og organisatoriske fenomener i sin kontekst (Myers, 1997). Samtidig stiller en fullverdig grounded theory-tilnærming metodiske krav som går utover rammene for denne studien, blant annet knyttet til teorigenerering, teoretisk metning og et tett og kontinuerlig samspill mellom datainnsamling og analyse.

På denne bakgrunnen er analysen gjennomført som en induktiv, tematisk analyse, der temaene i hovedsak er utviklet fra datamaterialet, samtidig som tolkningen er teoretisk informert. Det teoretiske rammeverket har fungert som et bakteppe i utviklingen av intervjuguiden og fortolkningen av funnene, særlig når det gjelder samhandling, verdiskaping og styring i innovasjonsarenaer. Analysen kan dermed beskrives som empiridrevet, men teoretisk informert.

Dette innebærer at temaene ikke har vært fastlagt på forhånd av teori, men utviklet gjennom systematisk arbeid med materialet. Samtidig er de senere blitt fortolket i lys av studiens teoretiske rammeverk. Institusjonell logikk brukes i denne sammenhengen for å belyse hvilke ulike verdier, mål og rasjonaliteter aktørene bringer inn i arenaen, mens Villani et al. (2017) sitt

perspektiv på organisatorisk design i hybride samarbeid brukes for å analysere hvordan samhandlingen struktureres gjennom ressurser, prosesser og styring. Dette gir et analytisk grunnlag for å undersøke både hvorfor spenninger oppstår, og hvordan de håndteres eller forsterkes i Health2B.

Formålet med analysen har vært å identifisere sentrale mønstre i hvordan ulike aktører beskriver:

- Hvilken verdi de opplever å få av deltakelse i Health2B
- Hvordan samhandling og samarbeid fungerer i praksis
- Hvilke barrierer og muligheter som preger offentlig-privat samarbeid i innovasjonsarenaen

Selv om kodingsarbeidet i hovedsak tok utgangspunkt i intervjumaterialet, ble de fremvoksende temaene kontinuerlig vurdert opp mot observasjonsnotater og dokumentmateriale. Dette gjorde det mulig å undersøke om mønstrene som kom frem i intervjuene også lot seg gjenfinne i observerte praksiser og arenaens egne beskrivelser av organisering, mål og utvikling.

5.4.4 Gjennomføring av analysen

Analysen fulgte de seks fasene i Braun og Clarkes (2006) rammeverk. Arbeidet ble gjennomført iterativt, med kontinuerlig bevegelse mellom datamaterialet, kodene, de fremvoksende temaene og det teoretiske rammeverket.

Fase 1: Familiarisering med datamaterialet

Alle intervjuer ble transkribert ord for ord. Transkripsjonsarbeidet ble brukt aktivt som første steg i analysen og bidro til tidlig innsikt i sentrale mønstre og gjentakende temaer. Transkripsjonene, sammen med feltnotater fra observasjoner og relevante dokumenter, ble deretter lest gjentatte ganger for å oppnå god kjennskap til materialets bredde og dybde. Underveis ble foreløpige refleksjoner, analytiske notater og mulige koder notert.

Fase 2: Generering av initielle koder

Datamaterialet ble deretter systematisk kodet. Koding ble gjennomført manuelt og innebar identifisering av meningsbærende tekstutdrag knyttet til studiens problemstilling. Kodene beskrev konkrete utsagn og erfaringer, for eksempel knyttet til læring, nettverkseffekter,

rolleforståelse, forventninger til Health2B og utfordringer i samarbeid mellom offentlige og private aktører. Samme tekstutdrag kunne kodes under flere koder der dette var analytisk relevant. For å synliggjøre hvordan kodingen ble gjennomført i praksis, viser **tabell 5** eksempler på hvordan meningsbærende utdrag fra intervjumaterialet ble oversatt til initielle koder.

Utdrag fra datamaterialet	Initiell kode
«Det er jo en veldig uformell arena der man kan gå i dybden på enkelte temaer»	Uformell arena/nettverksarena
«Ja, og at det er en nøytral arena der vi kan møtes. Og som absolutt bidrar til at man øker forståelsen av rammene»	Nøytral arena/gjensidig forståelse
«Bare det at vi blir bedre kjent med hverandre er jo en gevinst det»	Relasjonsbygging/nettverk
«Rett og slett at vi sitter og diskuterer mye. Men det håndfaste trenger vi også å komme til for å få en action, noen sånn outcome av det»	Manglende konkretisering/behov for resultater

Tabell 5. Eksempler på initielle koder. Tabellen viser eksempler på hvordan konkrete utsagn fra intervjumaterialet ble kodet i den andre fasen av analysen.

Fase 3: Søking etter temaer

De initielle kodene ble deretter gruppert og analysert for å identifisere overordnede mønstre. I denne fasen ble kodene sortert i foreløpige temaer som fanget sentrale dimensjoner i materialet, blant annet opplevd verdiskaping, samhandlingsformer og organisatoriske barrierer. Prosessen innebar kontinuerlig sammenlikning av koder på tvers av informanter og aktørgrupper.

Fase 4: Gjennomgang og raffinering av temaer

De foreløpige temaene ble gjennomgått i lys av både de kodede utdragene og datamaterialet som helhet. Temaer som viste seg å være for brede, overlappende eller svakt empirisk forankret, ble justert, slått sammen eller forkastet. I denne fasen ble det lagt vekt på at hvert tema skulle være internt konsistent og samtidig tydelig avgrenset fra de øvrige temaene.

Fase 5: Definerings og navngivning av temaer

I denne fasen ble de endelige temaene tydelig definert og gitt analytisk presise navn. For hvert tema ble det utarbeidet en klar beskrivelse av hva temaet omfatter, hvilke aspekter av datamaterialet det belyser, og hvordan det relaterer seg til studiens forskningsspørsmål og teoretiske rammeverk. Flere temaer ble også strukturert i undertemaer for å synliggjøre nyanser og variasjoner i materialet. **Tabell 6** viser eksempler på hvordan kodegrupper ble videreutviklet til analytiske temaer som danner grunnlag for presentasjonen av funn og analyse.

Illustrerende sitat	Eksempler på initielle koder	Analytisk tema
«Ja, og at det er en nøytral arena der vi kan møtes. Og som absolutt bidrar til at man øker forståelsen av rammene»	Nøytral arena; møteplass; likt grunnlag; tema, ikke produkt	Health2B som nøytral samhandlingsarena
«Bare det at vi blir bedre kjent med hverandre er jo en gevinst det»	Relasjonsbygging; nettverk; tillit; åpenhet; gjensidig forståelse	Relasjonell verdi
«Rett og slett at vi sitter og diskuterer mye. Men det håndfaste trenger vi også å komme til for å få en action, noen sånn outcome av det»	Manglende konkretisering; behov for outcome; vanskelig å synliggjøre verdi; ønske om resultater	Fra dialog til handling: utfordringen med å konkretisere verdi
«Fastlegene som er portvokteren de er ikke med»	Fastleger mangler; brukerstemme mangler; riktige aktører; aktørsammensetning	Aktørsammensetning som premiss for verdi

Tabell 6. Eksempler på temautvikling. Tabellen viser hvordan utvalgte sitater og initielle koder ble abstrahert til mer overordnede analytiske temaer. Sitater er brukt som illustrasjoner av bredere mønstre i materialet, og representerer ikke alene grunnlaget for temaene.

Fase 6: Rapportering og analytisk fremstilling

I funn- og analysekapitlene presenteres temaene gjennom en analytisk narrativ struktur, støttet av illustrative sitater fra intervjumaterialet. Sitater er valgt for å synliggjøre sentrale mønstre og variasjoner, ikke som representativ dokumentasjon, men som analytiske eksempler. Observasjoner og dokumentanalyse brukes i tillegg for å nyansere, underbygge og kontekstualisere de mønstrene som kommer frem i intervjuene. Analysen kobles eksplisitt til teori i diskusjonskapittelet, der funnene drøftes i lys av eksisterende forskning på innovasjonsarenaer og offentlig-privat samarbeid.

På bakgrunn av denne metodiske tilnærmingen presenteres i neste kapittel studiens funn og analyse av hvordan samhandling og verdiskaping kommer til uttrykk i Health2B.

5.5 Kvalitet og begrensninger

Studiens kvalitet er ivaretatt gjennom flere metodiske tiltak knyttet til datagrunnlag, analyseprosess og forskerrolle. I tråd med kvalitativ forskning vurderes kvalitet her særlig gjennom troverdighet, transparens, kontekstuell validitet og overførbarhet.

For det første er det inkludert et variert utvalg av informanter med ulike roller og organisatoriske tilknytninger. Dette har gjort det mulig å belyse Health2B fra flere perspektiver og identifisere både sammenfallende og ulike oppfatninger av arenaens funksjon og utvikling. Variasjonen i utvalget har dermed bidratt til å styrke studiens troverdighet ved at funnene ikke er basert på ett enkelt ståsted.

For det andre er det benyttet metodetriangulering ved å kombinere intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse. De ulike datakildene har utfyllt hverandre og gjort det mulig å sammenholde aktørenes beskrivelser med observerte praksiser og skriftlige fremstillinger over tid. Dette har styrket studiens analytiske dybde og redusert risikoen for ensidige fortolkninger.

I tillegg har analyseprosessen vært gjennomført systematisk ved at datamaterialet er kodet, sammenstilt og fortolket i lys av studiens teoretiske rammeverk. Ved å arbeide kontinuerlig med analytiske kategorier og sammenholde funn på tvers av datakilder, har studien søkt å gjøre fortolkningene transparente og etterprøvbare.

Den langvarige tilstedeværelsen i feltet, over en periode på omtrent ett og et halvt år, har styrket studiens kontekstuelle validitet. Ved å følge arenaens utvikling over tid har det vært mulig å analysere både kontinuitet og endring, og dermed fange dynamiske prosesser som ikke nødvendigvis ville vært synlige i en mer avgrenset studie. Samtidig innebærer den tette relasjonen til arenaen også en metodisk begrensning. På den ene siden har nærheten gitt tilgang til tillitsbaserte samtaler og nyanserte beskrivelser som trolig ikke ville vært tilgjengelige for en mer ekstern forsker. På den andre siden kan nærheten ha bidratt til at enkelte forhold fremstår som selvfølgelige eller mindre problematiserte i analysen.

I tråd med et fortolkende kunnskapssyn legges det til grunn at kunnskap utvikles i samspill mellom forsker og felt, og at forskeren ikke inntar en full ut nøytral posisjon (Walsham, 1995; 2006; Myers, 1997). Det er derfor arbeidet systematisk med refleksjon over forskerrollen gjennom analyseprosessen, blant annet ved å diskutere hvordan relasjonell nærhet kan ha påvirket problemformuleringer, fortolkninger og fremstillinger, samt ved å identifisere mulige fortolkningsmessige skjevheter.

Som i andre kvalitative studier har også denne undersøkelsen enkelte begrensninger. Utvalget er ikke ment å være representativt for hele partnerskapet, og speiler derfor ikke nødvendigvis alle perspektiver som finnes i Health2B. Hver informant uttaler seg ut fra sin rolle, posisjon og erfaringer i egen organisasjon, noe som innebærer at materialet primært fanger aktørenes subjektive fortolkninger av arenaen. Dette er imidlertid i tråd med studiens formål og med fortolkende forskning generelt, hvor målet er å oppnå dybdeinnsikt i aktørenes meningsdannelse og praksisforståelse fremfor å etablere statistisk generaliserbare funn.

Resultatene bør derfor forstås som kontekstavhengige og analytiske innsikter knyttet til en spesifikk innovasjonsarena, snarere enn som universelle konklusjoner. Samtidig kan funnene ha overføringsverdi til lignende offentlig-private samarbeidsarenaer, særlig der institusjonell kompleksitet og relasjonell dynamikk står sentralt.

5.6 Etiske hensyn og refleksjoner

Studien er gjennomført i tråd med grunnleggende forskningsetiske prinsipper knyttet til informert samtykke, konfidensialitet og ansvarlig håndtering av data.

Prosjektet ble meldt til og godkjent av Sikt, i tråd med gjeldende krav for behandling av personopplysninger i forskningsprosjekter. Alle informantene ble informert om studiens formål og ga skriftlig samtykke til deltakelse. Det ble presisert at deltakelsen var frivillig, og at informantene når som helst kunne trekke seg uten å oppgi begrunnelse og uten negative konsekvenser. Intervjudataene, klassifisert som «gul data» (Universitetet i Oslo, 2018), ble lagret på sikre servere og behandlet konfidensielt i tråd med gjeldende retningslinjer. Etter at transkribering og analyse var gjennomført, ble datamaterialet slettet i tråd med godkjenningen fra Sikt og universitetets retningslinjer.

For å ivareta informantenes personvern er alle sitater anonymisert i analysen og presentasjonen av funnene. Opplysninger som kan bidra til direkte eller indirekte identifisering, er utelatt eller generalisert. Dette har vært særlig viktig ettersom Health2B er en relativt avgrenset arena med et begrenset antall aktører. Informantene fikk også anledning til å lese gjennom transkriberingen av egne intervjuer for å kontrollere innholdet og eventuelt presisere eller korrigere uttalelser før materialet ble brukt i analysen.

Ved bruk av sitater er det lagt vekt på å gjengi informantenes uttalelser på en lojal og kontekstualisert måte. Sitater er benyttet for å illustrere analytiske mønstre på tvers av materialet, og ikke for å eksponere enkeltaktører. Der det har vært nødvendig, er sitater forkortet eller språklig justert for å ivareta anonymitet, uten at meningsinnholdet er endret.

Studien er gjennomført i en kontekst preget av tett og langvarig kontakt med feltet, blant annet gjennom deltakelse på møter, i arbeidsgrupper og på arrangementer i regi av Health2B. I tillegg har det vært løpende dialog med arenaen og daglig leder i perioden hvor masteroppgaven er skrevet. Arenaen har vist interesse for oppgavens fremdrift og tematiske retning. Selv om det ikke har vært lagt føringer på analysen, kan en slik dialog påvirke bevisstheten om hvordan fremstillingen oppleves av aktørene. Dette kan igjen ha betydning for formuleringer, vektlegginger og graden av kritisk distanse. Det har derfor vært viktig å tydeliggjøre at studien er et selvstendig forskningsarbeid, og at Health2B ikke har hatt kontroll over analyse, funn eller konklusjoner.

For å håndtere denne nærheten er det arbeidet aktivt med etisk og metodisk refleksjon gjennom hele prosessen. Det har vært lagt vekt på å skille mellom gjengivelse av aktørenes perspektiver og utvikling av egne analytiske tolkninger, samtidig som sentrale vurderinger er dokumentert underveis i arbeidet. På denne måten har studien søkt å kombinere den tillitsbaserte tilgangen til feltet med nødvendig faglig og analytisk distanse.

På bakgrunn av den metodiske tilnærmingen som er redegjort for i dette kapittelet, presenteres i det følgende studiens funn og analyse. Analysen bygger på en tematisk tilnærming, der empirien danner utgangspunkt for utviklingen av analytiske temaer, som deretter fortolkes i lys av studiens teoretiske rammeverk.

6. Funn og analyse

Dette kapittelet presenterer og analyserer empiriske funn fra studien av Health2B. Formålet er å utvikle en empirisk forankret forståelse av hvordan innovasjonsarenaen muliggjør samhandling mellom ulike aktører, hvilke former for verdi som skapes gjennom denne samhandlingen, og hvilke forhold som begrenser overgangen fra dialog til realisert verdi.

Analysen er empirisk drevet, men fortolkes i lys av studiens teoretiske rammeverk. Institusjonell logikk brukes som et overordnet fortolkningsperspektiv for å forstå hvorfor spenninger, forventninger og barrierer oppstår mellom aktører med ulike mål, roller og handlingsbetingelser. Villani et al. (2017) brukes særlig til å analysere hvordan samspillet mellom ressurser, prosesser og styring former samhandling og verdiskaping i Health2B.

Analysen bygger på to ulike informantperspektiver. Hoveddelen av datamaterialet består av intervjuer med partnere i Health2B, og reflekterer deres erfaringer med læring, samarbeid, innovasjon og strategisk nytte av arenaen. I tillegg er det gjennomført intervjuer med aktører som ikke er partnere, herunder representanter fra næringsliv, offentlig sektor og forskningsmiljøer med kjennskap til arenaen uten formell tilknytning. Disse bidrar med et mer eksternt og til dels kritisk blikk på Health2B sin rolle, virkemåte og begrensninger. Samlet gir dette et mer nyansert bilde av hvordan arenaen oppleves både fra innsiden og utsiden av partnerskapet.

Observasjonene supplerer intervjuene ved å gi innsikt i hvordan samhandling, rolleforståelse og felles problemutvikling kom til uttrykk i møter, arbeidsgrupper og arrangementer i arenaen. Dokumentanalysen brukes særlig til å belyse hvordan Health2B i studieperioden arbeidet med å tydeliggjøre arenaens mål, verdiskaping og partnerskapsmodell, og dermed hvordan arenaen selv utviklet seg som organisatorisk ramme for samhandling.

Kapittelet er strukturert i fire hoveddeler. I 6.1 analyseres mekanismene som legger til rette for samhandling i Health2B. Deretter, i 6.2, undersøkes hvilke former for verdi som utvikles gjennom denne samhandlingen. I 6.3 diskuteres barrierer som kan begrense overgangen fra dialog og samarbeid til mer realisert verdi. Avslutningsvis, i 6.4, sammenfattes funnene i lys av institusjonell kompleksitet.

6.1 Hvordan samhandling muliggjøres i Health2B

Dette delkapittelet analyserer hvordan samhandling muliggjøres i Health2B. Der de påfølgende delkapitlene retter oppmerksomheten mot hvilke former for verdi som kan oppstå og hvilke forhold som kan begrense denne, fokuserer dette delkapittelet på hvilke mekanismer som legger til rette for at samhandling i det hele tatt finner sted.

Samhandling i slike kontekster forutsetter mer enn fysisk samlokalisering, og må forstås i lys av organisatoriske, relasjonelle og institusjonelle betingelser. Analysen retter derfor oppmerksomheten mot hvordan ulike typer mekanismer kan bidra til å redusere avstand mellom aktører og legge grunnlag for interaksjon og samarbeid over tid.

Analysen er strukturert rundt fire sentrale mekanismer: arenaens rolle som nøytral møteplass, utvikling av tillit og åpenhet, fremvekst av gjensidig forståelse og felles språk, samt arenaens funksjon som brobygger mellom aktører og sektorer.

Samlet kan disse mekanismene forstås i lys av samspillet mellom ressurser, prosesser og styring, slik dette fremheves i forskning på hybride samarbeidsformer (Villani et al., 2017).

6.1.1 Nøytral samhandlingsarena

Et sentralt funn er at Health2B oppleves som en nøytral møteplass som gjør det mulig for ulike aktører å møtes på tvers av organisatoriske og sektorielle grenser. Informantene beskriver arenaen som et rom der offentlige og private aktører, leverandører, behovseiere og andre relevante miljøer kan møtes uten at samhandlingen umiddelbart knyttes til salg, anskaffelser eller mer formelle beslutningsprosesser. Denne nøytraliteten fremstår som en viktig betingelse for samhandling.

Flere informanter fremhever at nøytraliteten senker terskelen for å delta og dele erfaringer. En partner beskriver dette slik:

«Det er en nøytral arena der vi kan møtes, noe som absolutt bidrar til at man øker forståelsen av rammene. [...]. Jeg opplever det som større tillit enn veldig mange andre arenaer, nettopp fordi at det er mer nøytralt.» (2)

En ikke-partner peker på noe tilsvarende:

«I arenaer som Health2B er det ikke noen anskaffelse, men man ønsker å forstå en problemstilling fra flere sider. [...]. Det er jo det som går igjen med denne nøytrale arenaen, hvor alle møtes på likt grunnlag, og man blir litt mer åpen for hverandre.» (10)

Dette tyder på at Health2B skaper et rom der aktørene kan utforske problemstillinger uten at dialogen umiddelbart plasseres inn i en kunde-leverandør-relasjon. Når samhandlingen ikke er direkte koblet til kontrakter, konkurranser eller formelle beslutninger, reduseres risikoen ved å dele perspektiver, behov og usikkerhet. Nøytraliteten gjør det dermed mulig å snakke om utfordringer før de blir definert som konkrete anskaffelser, prosjekter eller leveranser.

To partnere uttrykker dette tydelig:

«På en nøytral plattform er det mye lettere å delta fordi det er et tema vi skal diskutere. [...]. På en nøytral scene er det enklere for alle å delta uten å komme i skvisen med industri eller offentlig-privat. [...]. Det blir ikke noe bias på noen måte fordi det er en nøytral plattform. Vi snakker ikke produkt, vi snakker løsninger.» (6)

«Det gir en objektiv arena, og det er jo kanskje den viktigste delen i det, at du kan ta kontakt uten at du skal selge noe. Du kan få informasjon, du kan få forståelse. [...]. Denne arenaen er spesiell fordi den har objektiviteten, og den samler ulike aktører.» (7)

Disse sitatene illustrerer hvordan nøytraliteten påvirker samtalsens karakter. Dialogen handler ikke først og fremst om produkter eller kjøp, men om behov, løsninger og felles problemstillinger. Dermed kan Health2B forstås som en arena som skaper et midlertidig rom utenfor de mest etablerte rollene i helsesektoren. Aktørene trer ikke bare inn som kjøper, selger, leverandør eller forvalter, men som deltakere i en bredere utforsking av muligheter og utfordringer.

Nøytraliteten kommer også til uttrykk i arenaens fysiske og organisatoriske utforming. Health2B tilbyr lokaler, møterom, arrangementer og uformelle møteflater som gjør det mulig for aktører å møtes på andre måter enn gjennom ordinære møter, anbudsprosesser eller samarbeidsrelasjoner. Den fysiske lokaliseringen i Forskningsparken, samlokaliseringen med andre aktører og tilgangen til møteplasser fungerer dermed som materielle ressurser som

understøtter samhandling. Samtidig utgjør partnernetverket og tilgangen til et bredt spekter av kompetanse viktige relasjonelle ressurser.

En partner beskriver hvordan arenaen brukes til nettopp slike formål:

«Det er den gode dialogen i en nøytral arena. Vi har i flere sammenhenger brukt Health2B som en arena hvor vi har seminar [...], og inviterer inn bedrifter med tilsvarende interesser. Det er en aktivitet denne arenaen viser at den er veldig godt egnet til.» (1)

Observasjoner fra partnernøter, arbeidsgrupper og åpne arrangementer støtter dette bildet. Diskusjonene er gjennomgående temabaserte og orientert mot felles problemstillinger, og i mindre grad preget av direkte produktpresentasjoner eller salgsdialog. Dette styrker inntrykket av Health2B som en nøytral arena hvor ulike aktører kan møtes på relativt like vilkår. Observasjonene tyder også på at opplevelsen av Health2B som en nøytral arena ikke er knyttet til ett bestemt møteformat, men fremstår som et gjennomgående trekk på tvers av partnernøter, åpne arrangementer og arbeidsgrupper gjennom hele observasjonsperioden.

Også dokumentmaterialet understøtter denne forståelsen. I både interne og offentlige dokumenter beskrives Health2B som en nøytral plattform for daglig samhandling med andre aktører, og som en møteplass der offentlige, private og ideelle aktører kan møtes på like premisser. Arenaens verdikompass vektlegger tillit, likeverdighet, samskaping og kreativitet som grunnlag for samhandlingen. Dette viser at nøytralitet ikke bare er en egenskap informantene tillegger arenaen, men også en del av hvordan Health2B selv forsøker å organisere og legitimere samarbeidet.

Samtidig er nøytraliteten ikke bare et resultat av fysisk samlokalisering. Den ser også ut til å være forankret i arenaens styringsform. Prinsipper om likeverdig deltakelse, åpenhet og fravær av direkte beslutningsmyndighet bidrar til å skape et rom hvor aktørene kan møtes uten klare hierarkiske føringer.

En partner beskriver følelsen av likeverd slik:

«Vi har fått nytte av å ha en slags nøytral arena for å møtes litt på nyttt. [...]. Jeg tror det er et miljø og et sted som også klinikerne setter pris på. Det synes jeg er et veldig godt

eksempel på at det nettopp er en nøytral arena hvor folk føler at de står på lik grunn.»
(4)

Nøytraliteten i Health2B kan forstås som en styringsmekanisme som former hvordan aktørene møtes og samhandler. Den understøttes av både fysiske, organisatoriske og relasjonelle forhold. Lokalene og møteplassene gir aktørene et konkret sted å møtes, partnernettverket gir tilgang til relevante relasjoner, og åpne seminarer, arbeidsgrupper og uformelle møteflater legger til rette for dialog og kunnskapsdeling. Samtidig bidrar prinsipper om likeverdighet, åpenhet og tillit til å redusere opplevde maktforskjeller og gjøre det legitimt for ulike aktører å delta i samtaler om behov, utfordringer og mulige løsninger.

Samlet viser funnene at nøytraliteten er en grunnleggende forutsetning for samhandling i Health2B. Arenaen skaper et rom der aktører som ellers ikke nødvendigvis ville hatt direkte eller uformell kontakt, kan møtes og diskutere felles utfordringer. Ved at samhandlingen ikke umiddelbart kobles til kontrakter, anskaffelser eller formelle beslutningsprosesser, senkes terskelen for deltakelse og informasjonsdeling. Nøytraliteten fremstår dermed ikke bare som et kjennetegn ved arenaen, men som en styringsmekanisme som gjør videre dialog, relasjonsbygging og kunnskapsdeling mulig.

6.1.2 Tillit, åpenhet og relasjonelle mekanismer

Et annet sentralt funn er at samhandlingen i Health2B i stor grad muliggjøres gjennom tillit og åpenhet. Der nøytraliteten skaper et rom der aktørene kan møtes, bidrar tillit til at de faktisk kan dele erfaringer, stille spørsmål og utfordre hverandre på tvers av organisatoriske og sektorielle grenser. Tillit fremstår dermed ikke bare som en positiv kvalitet ved arenaen, men som en relasjonell mekanisme som gjør samhandling mulig i praksis.

Informantene fremhever hvordan tillit utvikles gjennom gjentatt deltakelse i møter, workshops og arbeidsgrupper. En partner uttrykker dette slik:

«I arbeidsgruppa har vi holdt på så lenge at vi har etablert tillit, det er rom for å stille spørsmål og utfordre hverandre. [...]. Skal du lykkes med samarbeid, så må du ha tillit. Det betyr at du må jobbe over tid. Det er kjempeviktig.» (9)

Sitatet viser at tillit ikke oppstår automatisk ved at aktørene samles i samme rom. Den utvikles over tid gjennom gjentatt interaksjon, kjennskap og erfaring med hvordan andre aktører deltar i samarbeidet. Dette innebærer at Health2Bs betydning ikke bare ligger i å etablere møteplasser, men i å skape kontinuitet i samhandlingen. Gjennom gjentatte møter får aktørene anledning til å bli kjent med hverandres perspektiver, interesser og arbeidsmåter, noe som gradvis senker terskelen for mer åpen dialog.

Dette kommer også til uttrykk i hvordan informantene beskriver forskjellen mellom fysisk og relasjonell kontakt på den ene siden, og mer distansert kontakt på den andre siden:

«Det har skjedd flere ganger at jeg prater med en eller annen, deler erfaringer og at vi får god kontakt og kan møtes igjen senere.» (3)

«Vi blir kjent og da stoler vi mye lettere på hverandre, enn hvis det bare er noen i enden av en e-post, eller som du har vært på et teams-møte med.» (2)

Tillit knyttes her til nærhet, gjentakelse og uformell kjennskap. Samhandlingen i Health2B fremstår dermed som mer enn uformelle møtepunkter. Den bygger også på relasjoner som utvikles gjennom fysisk tilstedeværelse, uformelle samtaler og gjentatt kontakt. Dette er viktig fordi mange av aktørene kommer fra ulike deler av helsesektoren, med ulike roller, interesser og rammebetingelser. I en slik kontekst kan tillit bidra til å redusere usikkerhet og gjøre det lettere å dele erfaringer og behov.

Flere informanter fremhever også at dialogen i Health2B oppleves som åpen og ærlig. Partnerne beskriver det slik:

«De dialogene vi har, det er veldig ærlige dialoger.» (3)

«Man har en ærlig og veldig åpen delingsarena. Det tror jeg er veldig viktig.» (5)

«Jeg opplever at det er en god tillit. [...] Åpenhet og tillit handler om at når du har sagt at du skal gjøre noe, så gjør du det.» (1)

Åpenheten handler imidlertid ikke bare om en god tone eller positive relasjoner. Materialet viser også at tilliten gir rom for kritikk, uenighet og reell meningsutveksling. En partner uttrykker dette slik:

«Kritikk kommer veldig ofte, og det er faktisk nyttig. Det er ikke alltid bare positive ting som kommer.» (3)

Dette peker på at tillit i Health2B ikke bør forstås som fravær av spenninger. Tvert imot ser tilliten ut til å gjøre det mulig å håndtere spenningen innenfor en relasjonell ramme. Når aktørene opplever arenaen som trygg nok til å dele kritiske perspektiver, kan uenighet bli en kilde til læring snarere enn en barriere for samhandling. Dette er særlig viktig i en arena der offentlige og private aktører, behovseiere, leverandører og andre interessenter møtes med ulike forventninger og forståelse av hva samarbeidet skal føre til.

Observasjonene støtter dette bildet. Gjennom observasjonsperioden på omtrent 1,5 år fremstod det som at åpenheten i arenaen utviklet seg gradvis, særlig i arbeidsgrupper og mindre møteformater. I flere møter ble deltakerne mer villige til å stille spørsmål, utfordre hverandre og dele usikkerhet etter hvert som de fikk mer kjennskap til hverandre. Dette tyder på at tillit ikke først og fremst er en forutsetning som allerede er til stede, men noe som blir utviklet gjennom selve samhandlingsprosessene.

Dokumentmaterialet peker i samme retning. I Health2Bs verdikompas beskrives tillit som en grunnleggende verdi for samhandlingen, sammen med likeverdighet, samskaping og kreativitet. Verdikompasset legger blant annet vekt på åpenhet, respekt for hverandres interesser, deling av relevant informasjon og tydelig håndtering av mulige interessekonflikter. Dette viser at tillit ikke bare fremstår som en uformell relasjonell kvalitet, men også er forsøkt operasjonalisert som en del av arenaens felles kjøreregler for samhandling.

Tillit kan dermed forstås som en relasjonell ressurs som utvikles gjennom arenaens arbeidsformer. Health2B legger til rette for gjentatt kontakt, dialog og gradvis kjennskap mellom aktørene, samtidig som prinsipper om åpenhet, likeverdighet og samskaping bidrar til å skape trygghet for deling. Tillit fremstår derfor ikke bare som et uttrykk for god kultur, men som noe som bygges gjennom måten arenaen organiserer samhandling på. Gjennom møter, arbeidsgrupper og uformelle kontaktflater får aktørene anledning til å utvikle relasjoner som gjør det lettere å dele usikkerhet, stille spørsmål og utfordre hverandre.

Samtidig viser materialet at tillit og åpenhet ikke er tilstrekkelig for å sikre konkrete resultater. En partner formulerer dette tydelig:

«Jeg opplever det som større tillit enn veldig mange arenaer, nettopp fordi det er mer nøytralt, men det er ikke sånn magisk at det bare løser alle utfordringer.» (2)

Dette sitatet nyanserer funnet. Tillit gjør dialog mulig og reduserer friksjon mellom aktører, men fører ikke automatisk til avklaringer, beslutninger eller videre fremdrift. Observasjonene støtter dette bildet. Samhandlingen er ofte preget av åpne diskusjoner, spørsmål på tvers av roller og vilje til å dele erfaringer og utfordringer. Samtidig er det tydelig at slike relasjonelle mekanismer først og fremst legger grunnlaget for videre dialog, heller enn å gi klare beslutninger i seg selv.

Samlet tyder funnene på at tillit, åpenhet og relasjonell trygghet er sentrale mekanismer som muliggjør samhandling i Health2B. Disse mekanismene bidrar til å redusere avstand mellom aktører, senke terskelen for deling og gjør det mulig å håndtere uenighet innenfor en relasjonell ramme. Samtidig fungerer tillit først og fremst som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, betingelse for verdiskaping. For at dialogen skal omsettes i konkrete tiltak, må de relasjonelle mekanismene kobles til tydeligere strukturer for ansvar, oppfølging og gjennomføring.

6.1.3 Gjensidig forståelse og et helhetlig syn

Et tredje sentralt funn er at Health2B bidrar til å utvikle gjensidig forståelse mellom aktører som opererer med ulike roller, kunnskapsgrunnlag og rammebetingelser. Der nøytralitet og tillit gjør det mulig å møtes og dele erfaringer, handler gjensidig forståelse om hva aktørene lærer gjennom samhandlingen. Materialet viser at Health2B fungerer som en arena der deltakerne gradvis får større innsikt i hverandres perspektiver, språk, behov og handlingsrom.

Flere informanter beskriver at deltakelse i Health2B har gitt dem en bredere forståelse av helsesektoren som system. En partner uttrykker dette slik:

«Jeg har lært at det er mange flere aktører, mange flere fasetter og hensyn enn bare det man selv ser. [...]. Så du får sett et mye større bilde.» (6)

Dette peker på at samhandlingen ikke bare gir tilgang til ny informasjon, men også bidrar til å utvide aktørenes forståelse av den konteksten de selv inngår i. Når ulike aktører møtes på tvers av sektor- og organisasjonsgrenser, synliggjøres avhengigheter, begrensninger og hensyn som ellers kan være mindre synlige. Slik bidrar Health2B til å gjøre fragmenterte perspektiver mer tilgjengelig for aktørene.

Et særlig illustrerende sitat kommer fra en partner som beskriver hvordan deltakelsen har bidratt til å utvikle et mer felles språk:

«Mye er veldig langt unna vår verden og det gir et mye mer helhetlig syn, som er kult. [...]. Vi har nok også fått på plass det vi kaller et helsevokabular.» (7)

Begrepet «helsevokabular» viser at samhandling ikke bare handler om å utveksle informasjon, men også om å utvikle et språk som gjør dialog på tvers mulig. Aktører fra ulike sektorer og organisasjoner kan bruke ulike begreper, arbeide etter ulike logikker og ha ulike forståelser av hva som er relevante problemer og realistiske løsninger. I dette perspektivet fremstår Health2B som en arena for oversettelsesarbeid, der aktørene gradvis lærer å forstå hverandres begreper, prioriteringer og rammebetingelser.

Samtidig viser materialet at denne forståelsen ikke er gitt fra starten. En partner beskriver utfordringen slik:

«Vi skal jo være aktører som skal være med inn, og eventuelt komme med løsninger, men vi forstår ikke hva de snakker om.» (6)

Dette sitatet synliggjør at forskjeller i språk, kunnskap og kontekst kan være en barriere for samhandling. Det er ikke tilstrekkelig at aktørene møtes, dersom de mangler en felles forståelse av hverandres begreper, behov og handlingsrom. Health2Bs betydning ligger derfor ikke bare i å samle aktører, men i å legge til rette for læringsprosesser der slike forskjeller kan bearbeides over tid.

Flere informanter peker på at denne læringen gjør det lettere å forstå andres rammebetingelser og begrensninger. En partner beskriver hvordan deltakelse i arenaen gir innsikt i helheten i økosystemet:

«Vi ønsker jo å selge XXX på sikt, men det er ikke det at det skal resultere i et oppdrag, men det er forståelse for helheten i økosystemet. [...]. De som har deltatt oppe på Health2B Open og såne ting har jo fått en mye større forståelse for helheten.» (5)

«Innovasjon skjer jo ikke internt, det skjer i samarbeid med både andre mulige nye kunder, leverandører og samarbeidspartnere eller konkurrenter, sånn at vi har jo lett etter en arena for å være tettere på de miljøene.» (1)

Dette viser at forståelsen som utvikles i Health2B ikke nødvendigvis er knyttet til umiddelbare resultater eller konkrete oppdrag. Verdien ligger snarere i at aktørene får bedre innsikt i hvordan ulike deler av systemet henger sammen, og hvordan egne løsninger, behov eller strategier må forstås i lys av en bredere kontekst. Slik bidrar arenaen til å utvikle et mer helhetlig syn på problemstillinger i helsesektoren.

Også ikke-partnere beskriver Health2B som en læringsarena. En uttrykker det slik:

«Jeg tror ingen har vært på de arenaene og tenkt at ‘dette var bortkastet’. Du lærer uansett noe, både om deg selv [...], men også om andre i måten de presenterer hva de jobber på.» (10)

Dette peker på at læringsdimensjonen ikke bare gjelder partnerne, men også aktører som deltar mer sporadisk eller observerer arenaen fra utsiden. Health2B kan dermed bidra til å spre innsikt og forståelse utover selve partnerskapet, selv om graden av læring og forankring vil variere med aktørenes deltakelse og rolle.

Observasjonene gjennom perioden tyder på at gjensidig forståelse ble utviklet gradvis. I flere møter ble det brukt betydelig tid på å avklare begreper, roller, rammebetingelser og behov. Dette viser at samhandling i praksis ofte innebærer en form for kontinuerlig oversettelse mellom ulike organisatoriske og faglige kontekster. Over tid fremstår enkelte diskusjoner som mer presise og mindre preget av grunnleggende begrepsforvirring, særlig i møteformater der deltakerne møttes gjentatte ganger.

Dokumentmaterialet peker i samme retning. Økt gjensidig forståelse av behov, infrastruktur og kompetanse er formulert som en av de overordnede målsetningene til Health2B. Strategirammeverket fremhever seminarer, workshops og kunnskapsdeling som

sentrale virkemidler for å bryte ned kulturelle og organisatoriske barrierer. Evalueringen fra 2024 viser samtidig at flertallet opplever at partnerskapet i betydelig grad har bidratt til økt forståelse for helsetjenestens behov og infrastruktur, men at det fortsatt er forbedringspotensial. At «gjensidig forståelse» etter hvert ble formulert som et eksplisitt mål i strategirammeverket, kan forstås som et uttrykk for at denne typen læring ikke bare er en implisitt effekt av samhandlingen. Det viser også at arenaen i økende grad søkte å arbeide mer målrettet med læring og forståelse på tvers.

Gjensidig forståelse kan dermed forstås som et resultat av hvordan Health2B kobler ulike kunnskapsgrunnlag over tid. Arenaen samler aktører med ulike erfaringer, begreper og forståelser av helsesektoren, og legger til rette for at disse kan møtes gjennom dialog, refleksjon og felles problemutvikling. Samtidig viser funnene at slik forståelse ikke oppstår automatisk ved at ulike aktører samles. Den utvikles gradvis gjennom gjentatt interaksjon, avklaringer og konkrete prosesser for kunnskapsdeling.

Samlet viser funnene at Health2B muliggjør samhandling ved å bidra til felles språk, økt systemforståelse og større innsikt i andre aktørers rammebetingelser. Arenaen fungerer som et sted for kontinuerlig oversettelse mellom ulike kontekster, der fragmenterte perspektiver og kunnskapsgrunnlag kobles sammen gjennom dialog og refleksjon. Denne gjensidige forståelsen er en viktig forutsetning for videre samarbeid, men den krever tid, gjentatt kontakt og strukturer som legger til rette for læring på tvers.

6.1.4 Arenaen som brobygger mellom aktører og logikker

Et fjerde sentralt funn er at Health2B fungerer som en brobygger mellom ulike aktører, sektorer og perspektiver. Mens forrige delkapittel viste hvordan arenaen bidrar til gjensidig forståelse og et mer felles språk, retter dette delkapittelet oppmerksomheten mot hvordan Health2B kobler aktører på tvers av organisatoriske og institusjonelle skiller.

Flere informanter beskriver at det fortsatt finnes betydelige skiller mellom offentlig og privat sektor. Health2B oppleves samtidig som en arena som kan redusere noe av denne avstanden ved å samle behovseiere, fagpersoner og leverandører rundt felles problemstillinger. En ikke-partner beskriver dette slik:

«Health2B som en arena for å bringe sammen ulike deler av sektoren til å snakke om de faktiske problemene kan jo være en veldig god ting.» (16)

En partner peker på at den brobyggende funksjonen ikke bare gjelder for forholdet mellom offentlig og privat sektor, men også mellom offentlige aktører:

«Det er verdt å fremheve at det ikke bare er offentlig-privat samarbeid dette fremmer, det er faktisk også offentlig-offentlig samarbeid. Det er et veldig stort offentlig apparat i Norge, man kan ikke ta det for gitt at alle de er kollegaer.» (2)

Dette viser at Health2Bs brobyggende funksjon er bredere enn offentlig-privat samarbeid alene. Arenaen kobler også aktører innad i offentlig sektor, mellom ulike deler av helsetjenesten og mellom etablerte virksomheter, forskningsmiljøer og andre deler av innovasjonsøkosystemet. Funnene tyder dermed på at Health2B bidrar til å skape kontaktflater i et felt som ellers er preget av organisatorisk fragmentering og mange parallelle styringslinjer.

Figur 2 illustrerer hvordan Health2B fungerer som en samhandlingsarena der aktører fra ulike deler av helseøkosystemet bringer inn ulike perspektiver, erfaringer og kunnskapsgrunnlag i felles utviklingsprosesser.



Figur 2. Samhandling mellom aktører i Health2B. Bildet illustrerer hvordan ulike aktører i innovasjonsarenaen bidrar med komplementære perspektiver, erfaringer og kunnskapsgrunnlag. Gjennom dialog og interaksjon kan slike forskjeller synliggjøres og bearbeides, noe som legger grunnlag for felles problemforståelse og videre samarbeid. Kilde: Health2B, internt workshopmateriale.

Samtidig handler brobyggingen ikke bare om å samle aktører fysisk. Flere informanter beskriver at deltakelse i arenaen bidrar til å utfordre etablerte forestillinger om «de andre». En informant uttrykker dette slik:

«Det er for mange forestillinger fortsatt om «den andre». Når man møtes på en sånn lavterskel arena, så får man utfordret litt det der bildet man har av «den andre».» (10)

Dette sitatet viser at Health2B også fungerer som en arena der aktørene kan bearbeide gjensidige antakelser og skepsis. I et felt der offentlige og private aktører ofte forbindes med ulike interesser, tempoer og handlingslogikker, kan møteplassene bidra til å gjøre den andre parten mer forståelig og legitim. Brobyggingen ligger dermed ikke bare i at aktørene møtes, men i at møtene gjør det mulig å justere og nyansere etablerte bilder av hverandre.

Dette kommer også til uttrykk hos en partner som beskriver hvordan relasjonen mellom offentlig og privat sektor kan endres gjennom samhandling:

«Den sperren der føler jeg er litt borte. Jeg tror faktisk vi blir akseptert som en som virkelig vil bidra.» (8)

Sitatet peker på at Health2B kan bidra til å redusere avstand og skepsis mellom aktører. For private aktører kan arenaen skape mulighet til å bli forstått som en bidragsyter til felles utfordringer, ikke bare som en leverandør med kommersielle interesser. For offentlige aktører kan arenaen gi bedre innsikt i hvilken kompetanse, teknologi og løsningskapasitet som finnes utenfor egen organisasjon. Slik kan Health2B bidra til å gjøre samarbeid på tvers mer legitimt.

Observasjonene understøtter dette bildet. Gjennom observasjonsperioden fremstod Health2B som et praktisk koblingspunkt mellom aktører som ellers sjelden møtes i samme rom. I partnermøter, arbeidsgrupper og åpne arrangementer blir ulike perspektiver brakt sammen rundt temaer som hjemmebehandling, digital test, datadeling og sengepost. Samtidig er det tydelig at ulike perspektiver fortsatt er til stede, blant annet i hva som blir oppfattet som relevante problemer, realistiske løsninger og ønsket fremdrift i prosessene. Dette tyder på at Health2B ikke fjerner forskjellene mellom aktørene, men gjør dem mer synlige og håndterbare gjennom dialog.

Dokumentmaterialet peker også i samme retning. I interne strategidokumenter og årsrapporter beskrives Health2B som en «koblingsboks», «sandkasse» og «drivhus» for relasjoner, ideer og prosjekter. Dette samsvarer med funnene fra intervjuene og observasjonene, der arenaen fremstår som en mellomliggende arena hvor aktører med ulike ressurser og handlingsbetingelser kan møtes, utforske felles utfordringer og identifisere mulige koblinger videre. Samtidig viser risikoanalysen i partnermodellen at Health2B selv identifiserer ulike mål, kultur og insentiver, siloer og manglende felles språk som sentrale risikofaktorer. Dette understøtter forståelsen av at arenaen opererer i et felt preget av vedvarende forskjeller, snarere enn i et felt der aktørene allerede har en felles orientering.

Health2Bs brobyggende funksjon kan dermed forstås som mer enn en praktisk kobling mellom aktører. Arenaen bringer sammen ulike former for kompetanse, erfaring, nettverk og problemløsningskapasitet, og legger til rette for at disse kan settes i dialog med hverandre. Samtidig viser funnene at slike koblinger ikke oppstår av seg selv. De forutsetter møteformer og samhandlingsprinsipper som gjør det mulig for aktører med ulike roller, interesser og rammebetingelser å delta i samme rom. Nøytralitet, likeverdighet og åpne møteformater fremstår derfor som viktige forutsetninger for at Health2B kan fungere som brobygger i praksis.

Samlet tyder funnene på at Health2B muliggjør samhandling ved å fungere som et bindeledd mellom aktører, sektorer og forståelsesrammer som ellers i begrenset grad er koblet sammen. Arenaens bidrag ligger ikke bare i å samle aktører, men i å etablere møteformer der forestillinger kan utfordres, avstander reduseres og ulike perspektiver bringes inn i felles diskusjoner. Samtidig innebærer ikke brobyggingen at forskjellene mellom aktørene forsvinner. Snarere fungerer Health2B som en arena der forskjeller kan synliggjøres, artikuleres og håndteres gjennom samhandling.

Oppsummering 6.1

Samlet viser funnene at samhandling i Health2B muliggjøres gjennom et samspill mellom nøytralitet, tillit, gjensidig forståelse og brobygging. Arenaen reduserer avstand mellom aktører ved å gi dem et legitimt rom for kontakt, dialog og utforskning på tvers av organisatoriske og sektorielle grenser. I lys av Villani et al. (2017) kan dette forstås som et samspill mellom ressurser, prosesser og styring: Health2B mobiliserer materielle ressurser i form av lokaler og møteplasser, relasjonelle ressurser i form av nettverk og tillit, og kunnskapsmessige ressurser i

form av aktørenes ulike erfaringer og kompetanser. Disse ressursene aktiveres gjennom seminarer, arbeidsgrupper, workshops og uformelle møter, og understøttes av prinsipper om nøytralitet, likeverdighet og åpenhet. Samhandlingen som oppstår er dermed ikke tilfeldig, men et resultat av hvordan arenaen organiserer møteflater mellom aktører som ellers ofte opererer adskilt.

Når Health2B på denne måten etablerer rammer for kontakt, tillit og gjensidig forståelse, blir samhandlingen også et grunnlag for verdiskaping. Dette danner utgangspunktet for neste delkapittel.

6.2 Verdi som skapes gjennom samhandling

Dette delkapittelet analyserer hvilke former for verdi som skapes gjennom samhandling i Health2B. Mens forrige delkapittel viste hvordan samhandling muliggjøres gjennom nøytralitet, tillit, gjensidig forståelse og brobygging, rettes oppmerksomheten her mot hva samhandlingen betyr for aktørene og for arenaen som helhet. Verdien forstås både som verdi for partnerne, verdi for arenaen som samarbeidsstruktur og mulig langsiktig verdi for helsesystemet. Samtidig viser analysen at disse verdinivåene ikke alltid sammenfaller.

Analysen er strukturert rundt fire sentrale former for verdi. Først analyseres relasjonell verdi, knyttet til nettverk, kontaktflater og tilgang til relevante aktører. Deretter analyseres organisatorisk verdi, forstått som læring, innsikt og utvikling av nye perspektiver i deltakernes egne organisasjoner. Videre analyseres strategisk verdi, knyttet til agenda-setting, synlighet og påvirkning av problemforståelse. Til slutt analyseres samfunnsmessig verdi, forstått som arenaens mulige bidrag til mer helhetlige tjenester, bedre behovsforståelse og mer målrettet bruk av teknologi i helsesektoren. Denne verdien forstås som langsiktig og betinget av at innsikt, relasjoner og initiativer fra arenaen videreføres i konkrete beslutnings- og implementeringsprosesser.

6.2.1 Relasjonell verdi

En av de tydeligste formene for verdi i materialet er relasjonell verdi. Mens kapittel 6.1 viste hvordan tillit og relasjoner muliggjør samhandling, viser funnene her at relasjonene også utgjør en verdi i seg selv. Gjennom deltakelse i Health2B får aktørene tilgang til nye

kontaktflater, nettverk og uformelle innganger til andre deler av helsesektoren. Dette fremstår som særlig viktig i et felt der relevante aktører ofte befinner seg i ulike organisasjoner, sektorer og styringslinjer.

En partner beskriver verdien av disse kontaktflatene slik:

«Jeg knytter kontakter enten med andre i industrien, eller så blir jeg kjent med noen i forvaltningen, enten kommunalt eller i spesialist, og dermed har jeg noen kontaktpunkter som jeg kan bruke for å komme videre.» (6).

Sitatet viser at verdien av arenaen ikke bare ligger i de konkrete møtene som finner sted, men i at aktørene etablerer kontaktpunkter som kan aktiveres senere. Relasjonene fungerer dermed som en form for infrastruktur for videre samhandling. De gjør det enklere å ta kontakt, stille spørsmål, utveksle informasjon og identifisere mulige samarbeidsområder.

Flere informanter beskriver Health2B som en arena der de møter aktører de ellers ikke ville hatt like lett tilgang til. En partner formulerer dette enkelt:

«Hvor ellers kan vi møte dem?» (3)

Dette peker på en sentral side ved den relasjonelle verdien. Health2B reduserer avstanden mellom aktører som ellers kunne vært vanskelige å nå gjennom ordinære organisatoriske kanaler. Arenaen gir tilgang til personer, miljøer og kompetanse som kan være relevante for senere samarbeid, selv om samhandlingen ikke nødvendigvis resulterer i konkrete prosjekter umiddelbart.

Relasjonell verdi utvikles særlig gjennom gjentatt og uformell interaksjon. En partner beskriver dette slik:

«Når jeg tenker på verdi egoistisk sett, så opplever jeg at når jeg er på disse møtene så treffer jeg folk som er veldig engasjert i mitt felt. Det har skjedd flere ganger at jeg prater med en eller annen, deler erfaringer og at vi får god kontakt og kan møtes igjen senere.» (3)

Dette viser at relasjonell verdi ofte oppstår i overgangen mellom formelle og uformelle møteflater. Selv om arrangementer, arbeidsgrupper og partneraktiviteter har en strukturert form, skapes mye av verdien gjennom samtalene, koblingene og oppfølgingen som

oppstår rundt disse møtene. Health2B fungerer dermed som en arena der tilfeldige møter og planlagte aktiviteter kan forsterke hverandre.

Også ikke-partnere peker på at Health2B bidrar til mer kontakt mellom aktører. En ikke-partner uttrykker det slik:

«Health2B har gjort at det har blitt mer kontakt med bedriftene» (15)

Dette viser at den relasjonelle verdien ikke bare gjelder partnerne i Health2B, men også kan ha betydning for aktører som deltar mer sporadisk eller står utenfor partnerskapet. Arenaen kan dermed bidra til å utvide kontaktflatene i det bredere helseinnovasjonsøkosystemet.

Dokumentmaterialet understøtter dette funnet. I evalueringer fra 2024 og 2025 samt i interne dokumenter fremheves nettverk, møteplasser og nye samarbeid som sentrale gevinster ved deltakelse i Health2B. Dette samsvarer med informantenes beskrivelser av arenaen som et sted der relasjoner etableres, vedlikeholdes og videreutvikles over tid. Samtidig viser dokumentene at denne verdien i stor grad forutsetter aktiv deltakelse fra partnerne. Verdien oppstår ikke automatisk gjennom medlemskap, men gjennom at aktørene bruker arenaen, møter opp, deler innsikt og følger opp relasjoner.

Relasjonell verdi kan dermed forstås som noe som utvikles gjennom arenaens gjentatte møteformer og kontaktflater. Health2B skaper ikke relasjoner bare ved å samle aktører i samme rom, men ved å legge til rette for gjentatte møter, lavterskelkontakt og dialog på tvers av sektorielle og organisatoriske grenser. Den relasjonelle verdien utvikles derfor gjennom måten arenaen brukes på. Aktørene må delta, dele erfaringer, følge opp kontakter og aktivere nettverket over tid.

Samtidig viser funnene at den relasjonelle verdien i stor grad har karakter av et mulighetsrom snarere enn realisert et resultat. Relasjonene som etableres, er ofte kontaktflater, nettverk og innganger til videre dialog, men ikke nødvendigvis formelle eller forpliktende samarbeidsstrukturer. Dette innebærer ikke at verdien er liten, men at den først og fremst ligger i å bygge grunnlag for videre samarbeid. Relasjonene kan gjøre videre samarbeid mulig, men de må aktiveres og følges opp dersom de skal føre til konkrete prosjekter, beslutninger eller implementerte løsninger.

Samlet fremstår relasjonell verdi som en grunnleggende form for verdi i Health2B. Gjennom å koble aktører, bygge nettverk og senke terskelen for kontakt legger arenaen til rette for samarbeid som ellers ville vært vanskeligere å etablere. Samtidig viser materialet at relasjonell verdi først og fremst skaper forutsetninger for videre verdiskaping. Den representerer et potensial som må omsettes gjennom videre oppfølging, forankring og konkretisering.

6.2.2 Organisatorisk verdi

En annen sentral form for verdi i materialet er organisatorisk verdi. Denne verdien handler ikke først og fremst om relasjoner mellom aktører, men om hva deltakerne tar med seg tilbake til egne organisasjoner. Funnene viser at Health2B bidrar til læring, innsikt, refleksjon og utvikling av nye perspektiver som kan påvirke hvordan aktørene forstår helsesektoren, egen rolle og mulige samarbeidsområder.

En partner beskriver dette slik:

«Vi får mer kunnskap om hva det er som rører seg, på en nøytral arena og det synes jeg fungerer veldig bra. Jeg tror vi kan si at vi har lært en del om sykehuset, som vi ikke hadde lært hvis vi ikke hadde vært med.» (2)

Sitatet viser hvordan deltakelse i Health2B gir tilgang til kunnskap som ellers kunne vært vanskelig å opparbeide. For private aktører kan dette handle om innsikt i helsetjenestens behov, organisering og rammebetingelser. For offentlige aktører kan det handle om bedre forståelse av markedet, teknologiske muligheter og leverandørenes kompetanse. På denne måten fungerer arenaen som en læringsarena der aktørene får innsikt i andre deler av systemet enn sin egen.

Også ikke-partnere beskriver Health2B som en arena for læring. En ikke-partner fremhever særlig Health2B Open-arrangementene:

«Det mest verdifulle er presentasjonene [Health2B Open-arrangementer]. [...]. Det er veldig lærerikt.» (17)

Dette viser at den organisatoriske verdien ikke bare oppstår gjennom partnerskapet og arbeidsgruppene, men også gjennom åpne arrangementer og kunnskapsdeling. Health2B bidrar dermed til å spre innsikt til et bredere sett av aktører enn de formelle partnerne.

For flere informanter handler læringen også om økt intern kompetanse, å utvikle et mer presist språk og en tydeligere forståelse av egen rolle i helsesektoren:

«De som har deltatt oppe på Health2B Open og såne ting har jo fått en mye større forståelse for helheten. Og kanskje også mer spissa tanker rundt hvilke kompetanser kan vi stille med? Hvor har vi vår styrke?» (5)

«Det er relasjonsbyggingen og den holistiske tankegangen, og man blir invitert med inn på de andre sine arrangementer, man lærer mye, man ser nye forretninger og man ser mulighetsrom [...]. Så jeg ser mye verdi i det.» (6)

«Vi har lært om organisasjonene, spesielt spesialisthelsetjenesten som vi var lite inne i tidligere. Vi har nok også fått på plass det vi kaller et 'helsevokabular'.» (7)

Sitatene viser hvordan organisatorisk verdi kan oppstå gjennom utvikling av begreper og forståelsesrammer som gjør det lettere å navigere i helsesektoren. Et «helsevokabular» er ikke bare relevant i dialogen med andre aktører, men kan også få betydning internt i organisasjonen. Det kan påvirke hvordan organisasjonen forstår marked, behov, samarbeid og egen posisjon.

Flere informanter peker på at deltakelse i Health2B har skapt refleksjon og intern diskusjon i egne organisasjoner. En partner beskriver at arenaen har skapt «masse intern debatt» om hvor organisasjonen skal være i helsesektoren, mens en annen fremhever at deltakelsen har gitt mulighet til å «øve oss på nye metoder og verktøy» gjennom arbeid med systemisk design og strategiske arbeidsgrupper. Dette tyder på at organisatorisk verdi ikke bare handler om å motta informasjon, men også om å utvikle nye måter å tenke og arbeide på.

Denne typen organisatorisk læring kom særlig til uttrykk i arbeidsgruppen for hjemmebehandling, der deltakerne arbeidet med visuelle og metodiske verktøy for å strukturere komplekse problemstillinger. **Figur 3** viser et eksempel fra en workshop der systemkartet for digital hjemmeoppfølging ble videreutviklet.



Figur 3. Workshop om systemkartlegging i arbeidsgruppen for hjemmebehandling. Figuren viser arbeid med videreutvikling av et visuelt systemkart for digital hjemmeoppfølging. Workshopen illustrerer hvordan Health2B kan fungere som en arena for organisatorisk læring, der aktører arbeider med felles metoder for å konkretisere utfordringer, sammenhenger og mulige utviklingsområder. *Kilde: Health2B, internt workshopmateriale.*

Figuren illustrerer hvordan organisatorisk verdi ikke bare oppstår gjennom kunnskapsdeling, men også gjennom praktisk erfaring med arbeidsformer som kan bidra til mer helhetlig problemforståelse på tvers av organisasjoner. Observasjonene peker i samme retning. I workshops og arbeidsgrupper ble det prøvd ut formater som bidro til å strukturere dialogen og gjøre samhandlingen mer målrettet. Særlig arbeidet med systemkart, behovsforståelse, designmetodikk og felles problemformuleringer fremstår som eksempler på hvordan deltakerne får erfaring med arbeidsformer som kan tas med tilbake til egen organisasjon. Samtidig er det varierende i hvilken grad slike erfaringer blir koblet til konkrete interne prosesser hos partnerne.

Også dokumentanalysen understøtter forståelsen av organisatorisk verdi som læring og innsiktsutvikling. I evalueringen fra 2025 løftes blant annet erfaring fra systemisk design, ny innsikt og større forståelse frem som gevinster, sammen med økt synlighet og økt deltakelse i arbeidsgrupper. Samtidig viser evalueringen av arbeidsgruppene at arbeidet ofte gir nyttige relasjoner og samarbeid inn mot egen organisasjon, men at engasjement og oppfølging

i organisasjonene fortsatt er for svakt og ofte individavhengig. Dette viser at organisatorisk verdi ikke bare skapes i arenaen, men må oversettes tilbake til partnernes egne organisasjoner.

Organisatorisk verdi oppstår når innsikt, metoder og perspektiver fra Health2B tas med tilbake til deltakernes egne organisasjoner. Gjennom møter, arbeidsgrupper og workshops får aktørene tilgang til kunnskap som kan bidra til intern refleksjon, kompetanseutvikling og nye måter å forstå helsesektoren på. Funnene viser dermed at prosessdimensjonen i Health2B er sentral for organisatorisk verdi, fordi arenaen legger til rette for læring, erfaringsdeling og utvikling av nye perspektiver gjennom gjentatt samhandling. Samtidig fremstår styringsdimensjonen som svakere utviklet når det gjelder å sikre at læringen forankres og følges opp i deltakernes egne organisasjoner. Den organisatoriske verdien er derfor avhengig av at innsikten fra arenaen deles internt, kobles til relevante prioriteringer og omsettes i organisatorisk handling.

Samlet viser funnene at Health2B skaper organisatorisk verdi gjennom læring, innsikt, refleksjon og utvikling av nye arbeidsformer. Arenaen gir deltakerne bedre forståelse av helsesektoren, andre aktørers behov og egne muligheter for samarbeid. Samtidig forblir denne verdien delvis uforløst dersom den ikke forankres bredere i organisasjonene. Organisatorisk verdi fremstår derfor som reell, men sårbar da den avhenger av at læring fra arenaen forankres, deles og omsettes til organisatorisk handling.

6.2.3 Strategisk verdi

Funnene viser også at Health2B skaper strategisk verdi. Denne verdien handler om hvordan arenaen bidrar til å påvirke problemforståelse, sette temaer på agendaen, skape synlighet og gi aktørene bedre grunnlag for strategiske prioriteringer. Strategisk verdi skiller seg dermed fra relasjonell og organisatorisk verdi ved at den i større grad handler om retning, posisjonering og påvirkning i et bredere system.

En informant beskriver Health2Bs strategiske rolle slik:

«Jeg tror H2Bs viktigste rolle er å være med å sette agendaen [...] og at vi kan få Health2B til å bli en stemme i samfunnet.» (4)

Dette peker på at arenaen ikke bare fungerer som møteplass, men også som en arena der bestemte problemstillinger kan løftes frem, synliggjøres og gis større oppmerksomhet. Gjennom arrangementer, arbeidsgrupper, åpne seminarer og dialog med ulike aktører kan arenaen bidra til å forme hvilke utfordringer som forstås som viktige, og hvordan de diskuteres.

Strategisk verdi kommer også til uttrykk gjennom at Health2B synliggjør gjensidige avhengigheter mellom offentlige og private aktører. En offentlig aktør uttrykker dette tydelig:

«Vi er helt avhengig av leverandørmarkedet for å oppnå våre mål.» (5)

Dette sitatet viser hvordan samhandlingen i Health2B kan bidra til å endre eller tydeliggjøre aktørenes forståelse av hva som kreves for å lykkes med innovasjon og omstilling. Når offentlige aktører ser seg selv som avhengige av leverandørmarkedet, og private aktører samtidig får bedre innsikt i offentlige behov og rammebetingelser, kan arenaen bidra til mer realistiske og strategisk informerte diskusjoner om utvikling av nye løsninger.

Fra privat side fremheves også arenaens betydning for synlighet og posisjonering. En partner beskriver hvordan deltakelsen brukes aktivt i organisasjonens utadrettede arbeid:

«Vi bruker arenaen ved markedsføring. Når vi presenterer oss, så presenterer vi oss som en partner i Health2B.» (7)

Dette viser at partnerskapet kan gi en form for legitimitet og synlighet. Å være tilknyttet Health2B kan signalisere at organisasjonen er en aktiv bidragsyter i offentlig-privat samarbeid og i utviklingen av fremtidens helsetjeneste. For enkelte aktører kan dette ha strategisk verdi ved å styrke posisjonering, omdømme og tilgang til relevante nettverk.

En annen partner utdyper dette poenget:

«Det er den gode dialogen i en nøytral arena, hvor man kan diskutere over i det kommersielle. Så bruker vi arenaen til å synliggjøre en del av det vi jobber med utenfor Oslo. [...]. Det er jo markedsføring og branding, men hva er det som virker? Det du vet er at hvis du ikke gjør noen ting, så blir du usynlig [...]. I helse tror jeg denne typen arenaer er veldig verdifulle.» (1)

Sitatet illustrerer hvordan strategisk verdi kan oppstå i skjæringspunktet mellom dialog, synlighet og posisjonering. Health2B gir aktørene en plattform der de kan vise frem kompetanse og perspektiver, samtidig som de deltar i bredere diskusjoner om behov og utviklingsretning i helsesektoren. Dette betyr ikke nødvendigvis at arenaen gir direkte markedsadgang, men den kan bidra til å gjøre aktører mer synlige og relevante i et komplekst økosystem.

Observasjonene tyder også på at Health2B kan påvirke hvilke temaer som får oppmerksomhet og hvordan de forstås. Gjennom observasjonsperioden har enkelte problemstillinger, som digital hjemmeoppfølging, datadeling, sengepost, digital test og anskaffelser, blitt løftet frem gjentatte ganger i ulike fora. Over tid fremstod disse ikke bare som enkeltstående temaer, men som felles utfordringer som flere aktører har interesse av å forstå og arbeide videre med. Dette tyder på at arenaen bidrar til å utvikle en mer koordinert problemforståelse.

Dokumentanalysen peker i samme retning. I partnermodellen beskrives partnerverdien blant annet som påvirkning og samfunnsansvar, og som muligheten til å være med på å sette agendaen for omstilling i helsevesenet. I evalueringen fra 2025 nevnes dessuten innspill til strategi, økt tverrsektoriell involvering og posisjonering som konkrete gevinster. Dette understøtter forståelsen av strategisk verdi som noe som primært handler om retning, synlighet og påvirkning, snarere enn umiddelbare operative resultater.

Den strategiske verdien kommer også til uttrykk i Health2Bs arbeid med å konkretisere mål og indikatorer for arenaens videre utvikling. Dokumentmaterialet og observasjonene viser at partnerskapet i løpet av studieperioden diskuterte hvordan verdien av Health2B kunne forstås, synliggjøres og følges opp. Denne prosessen beveget seg fra spørsmål om mer tradisjonelle resultatindikatorer, som KPI-er (Key Performance Indicator), til en bredere målstruktur basert på ledende og etterslepene indikatorer, som beskrevet i kapittel 3.

Dette kan forstås som en form for strategisk verdiskaping fordi arbeidet bidrar til å tydeliggjøre hva Health2B skal være, hvilke former for verdi arenaen skal skape, og hvordan utviklingen kan følges over tid. Målstrukturen viser samtidig at verdien av Health2B ikke bare kan forstås som konkrete innovasjonsutfall, men også som prosesser som bygger relasjoner, innsikt og samhandlingskapasitet. Strategiarbeidet fungerer dermed som et forsøk på å koble arenaens daglige aktiviteter til mer langsiktige ambisjoner om endring i helsesystemet.

Strategisk verdi utvikles i samspillet mellom prosesser og styring. Prosessdimensjonen kommer til uttrykk gjennom dialog, kunnskapsutveksling og gjentatt interaksjon, der aktørene utvikler mer felles forståelser av utfordringer, avhengigheter og prioriteringer. Styringsdimensjonen kommer til uttrykk gjennom hvordan Health2B strukturerer hvilke temaer som løftes frem, hvem som involveres, og hvordan arenaens mål og indikatorer utformes. Strategisk verdi handler dermed ikke bare om synlighet, men også om hvordan arenaen bidrar til å gi retning, ramme inn problemstillinger og koble daglige aktiviteter til mer langsiktige ambisjoner.

Samtidig viser funnene at strategisk verdi i Health2B i stor grad handler om orientering og påvirkning, snarere enn direkte beslutningsmakt. Arenaen kan bidra til å sette temaer på agendaen, synliggjøre problemstillinger og påvirke hvordan aktører forstår sine roller og muligheter. Likevel har den i begrenset grad mandat til å forplikte aktørene til bestemte beslutninger eller tiltak. Dermed blir strategisk verdi også her en mellomliggende form for verdi. Den kan påvirke retning og prioriteringer, men må kobles til beslutningsprosesser utenfor arenaen for å realiseres fullt ut.

Samlet viser funnene at Health2B skaper strategisk verdi gjennom agenda-setting, synlighet, posisjonering og utvikling av felles problemforståelse. Arenaen gir aktørene bedre grunnlag for å orientere seg i helsesystemet og forholde seg strategisk til samarbeid, teknologiutvikling og innovasjon. Samtidig er denne verdien vanskelig å måle direkte. Betydningen avhenger av om innsikten, koblingene og retningen som utvikles i arenaen tas videre i aktørenes egne organisasjoner og i det bredere helseøkosystemet.

6.2.4 Samfunnsmessig verdi

Den fjerde formen for verdi i materialet er samfunnsmessig verdi. Denne verdien handler om hvordan samhandlingen i Health2B kan bidra til mer helhetlige tjenester, bedre pasientforløp, mer målrettet bruk av teknologi og en mer bærekraftig helsetjeneste. Samtidig viser funnene at samfunnsmessig verdi i hovedsak fremstår som et langsiktig mål. Health2Bs bidrag ligger først og fremst i å bygge grunnlag for bedre behovsforståelse, samhandling og mer helhetlige løsninger, snarere enn i konkrete effekter som kan tilskrives arenaen alene.

Flere informanter knytter deltakelsen i arenaen til et ønske om å bidra til forbedringer i helsesystemet. En partner uttrykker dette slik:

«Vi kan vise oss frem og vise frem den viljen vi har til å bidra på andre måter enn bare ved å levere XXX. Kanskje helsevesenet må rigge seg litt annerledes, vi må kanskje rigge oss litt annerledes.» (8)

Sitatet viser at samfunnsmessig verdi ikke bare forstås som noe offentlige aktører er opptatt av. Også private aktører beskriver deltakelsen som en mulighet til å bidra til bredere endringer i helsesektoren. Samtidig peker sitatet på at slik verdi forutsetter gjensidig tilpasning der både helsetjenesten og leverandørene må justere hvordan de arbeider, samarbeider og utvikler løsninger.

En annen informant knytter samfunnsverdien til behovsforståelse:

«Hvis vi skal tilpasse løsninger så må vi forstå hva som er behovet.» (6)

Dette peker på en sentral mekanisme i Health2Bs samfunnsmessige bidrag. Arenaen skaper ikke nødvendigvis bedre tjenester direkte, men kan bidra til at løsninger utvikles på et bedre informert grunnlag. Ved at leverandører, behovseiere, klinikere og andre aktører møtes tidligere i prosessen, kan teknologier og tjenester i større grad tilpasses faktiske behov, arbeidsflyt og organisatoriske rammebetingelser.

Flere informanter kobler også samfunnsverdien til behovet for mer helhetlige pasientforløp og bedre koordinering mellom nivåer i helsetjenesten. En informant uttrykker det slik:

«Det er helt opplagt at det er gevinster for pasient. Det som har vært krevende er å forstå organiseringen [...], hvordan de skal ta ut gevinstene [...] og hvordan du skal se helheten. [...]. Så der har du den koordineringen og samhandlingen. [...]. Det å ha pasienter hjemme i den helheten er vårt målbilde.» (1)

Dette sitatet viser både potensialet og kompleksiteten i den samfunnsmessige verdien. Bedre løsninger for pasientene forutsetter ikke bare teknologi, men også koordinering, organisering og evne til å se gevinster på tvers av aktører og nivåer. Health2B kan bidra til å utvikle en slik helhetsforståelse, men realisering av gevinster krever beslutninger, implementering og endringer som ligger utenfor arenaen alene.

Dette kommer også til uttrykk i beskrivelser av datadeling og sammenhengende tjenester:

«Datadeling, samhandling og helhetlige pasientforløp er noe av det vi ønsker å få ut av et sånt samarbeid [...] at man klarer å se koblinger [...] både mellom sykehus og kommune, men også teknisk.» (1)

Disse utsagnene viser at samhandlingen i Health2B kan bidra til bedre tilpassede løsninger, blant annet innen digital hjemmeoppfølging, ved at aktørene utvikler en mer helhetlig forståelse av behovene i systemet. Samfunnsmessig verdi fremstår dermed som nært knyttet til hvordan arenaen bidrar til å koble sammen ulike perspektiver og utvikle en felles orientering mot forbedring av tjenestene.

Observasjonene viser at slike samfunns mål er tydelig til stede i arenaens aktiviteter. Temaer som bedre pasientforløp, digital hjemmeoppfølging, datadeling og samhandling mellom nivåer i helsetjenesten gikk igjen på tvers av diskusjonene. Disse temaene fungerer som viktige orienteringspunkter for arbeidet i arenaen, og bidrar til å samle aktørene rundt utfordringer som vanskelig kan løses av én organisasjon alene. Samtidig er denne verdien i liten grad noe som kan knyttes til ett enkelt tiltak eller én konkret aktivitet.

Health2Bs egne dokumenter formulerer samfunnsmessig verdi som et tydelig mål. I strategirammeverket og årsrapporter fremheves blant annet ambisjonen om å «sammen skape fremtidens helsetjeneste» og bidra til «raskere og mer målrettet utvikling og bruk av teknologi og tjenester». Dette viser at samfunnsmessig verdi er en tydelig normativ og strategisk ambisjon for Health2B. Samtidig viser materialet at denne verdien i stor grad er langsiktig og avhengig av videre oppfølging. Health2B kan legge til rette for samhandling, innsikt og koordinering, men konkrete effekter i helsetjenesten vil som regel være avhengige av beslutninger, ressurser og implementering utenfor arenaen.

Samfunnsmessig verdi kan dermed forstås som en verdiform som særlig utvikles gjennom arenaens prosessdimensjon. Health2B legger til rette for dialog, felles problemforståelse og koordinering mellom aktører som må samhandle dersom helsetjenesten skal bli mer helhetlig og bærekraftig. Samtidig viser funnene at styringsdimensjonen er mer sårbar når det gjelder å koble disse prosessene til konkrete beslutninger, ressurser og implementeringsløp. Den samfunnsmessige verdien forblir derfor i stor grad fremtidsrettet og avhengig av videre oppfølging utenfor selve arenaen.

Samlet viser funnene at Health2B kan bidra til samfunnsmessig verdi ved å utvikle felles forståelse, styrke samhandling og synliggjøre hvordan bedre helsetjenester forutsetter koordinering på tvers av aktører og nivåer. Arenaens bidrag ligger særlig i å bygge forutsetninger for mer målrettet utvikling og bruk av teknologi og tjenester. Samtidig avhenger realiseringen av samfunnsmessig verdi av at innsikt, relasjoner og initiativer fra arenaen kobles til konkrete beslutninger, ressurser og implementeringsløp i helsesystemet.

Oppsummering 6.2

Samlet viser funnene at verdiskapingen i Health2B er flerdimensjonal. Relasjonell verdi skapes gjennom nettverk, kontaktflater og tillit, organisatorisk verdi gjennom læring, innsikt og utvikling av nye perspektiver, strategisk verdi gjennom agenda-setting, synlighet og påvirkning av problemforståelse, og samfunnsmessig verdi gjennom å styrke forutsetningene for mer helhetlige tjenester og mer målrettet bruk av teknologi. I lys av Villani et al. (2017) kan disse verdiformene forstås som et resultat av samspillet mellom ressurser, prosesser og styring. Health2B mobiliserer relasjonelle og kunnskapsmessige ressurser gjennom partnernettverket, møteplassene og aktørenes ulike kompetanser. Disse ressursene aktiveres gjennom samhandlingsprosesser som dialog, arbeidsgrupper, seminarer og uformelle møter, mens arenaens styringsprinsipper om nøytralitet, åpenhet og likeverdighet bidrar til å gjøre samhandlingen legitim.

På tvers av verdiformene er et gjennomgående trekk at verdien ofte er prosessuell og mellomliggende. Den ligger ikke nødvendigvis i ferdige løsninger, men i de relasjonene, innsiktene og koblingene som kan gjøre senere samarbeid og implementering mulig. Samtidig innebærer dette at verdien er avhengig av videre forankring, ansvar og oppfølging dersom den skal omsettes til konkrete endringer i praksis.

Funnene peker dermed på at verdiskaping i Health2B ikke skjer automatisk. Selv om arenaen legger til rette for relasjoner, læring og nye koblinger, er overgangen fra samhandling til konkrete endringer avhengig av at ressursene og prosessene kobles til tydeligere styring, ansvar og videreføring. Dette danner utgangspunktet for neste delkapittel, hvor analysen retter seg mot begrensninger og barrierer som kan svekke eller forsinke realiseringen av verdi.

6.3 Begrensninger og barrierer for verdiskaping

Dette delkapittelet analyserer forhold som kan begrense verdiskapingen i Health2B. Mens kapittel 6.1 viste hvordan samhandling muliggjøres, og kapittel 6.2 belyste hvilke former for verdi som kan oppstå gjennom slik samhandling, rettes oppmerksomheten her mot hva som kan hindre at verdien omsettes til mer konkrete resultater i praksis.

Analysen tar utgangspunkt i at verdiskaping i innovasjonsarenaer ikke er gitt, selv om arenaen lykkes med å samle relevante aktører. Verdien avhenger også av organisatorisk kapasitet, tydelige roller, relevant aktørsammensetning, felles forventninger og strukturelle rammebetingelser i helsesektoren. Barrierene må derfor forstås i sammenheng med mulighetene som ble identifisert i kapittel 6.1 og 6.2. Health2B skaper relasjoner, innsikt og felles problemforståelse, men disse må forankres og videreføres for å få organisatorisk og praktisk betydning.

Analysen er strukturert rundt fem sentrale barrierer: utfordringer knyttet til å konkretisere verdi og gå fra dialog til handling, organisatoriske forhold, aktørsammensetning som premiss for verdiskaping, ulike mål og forventninger mellom aktører, samt strukturelle rammer som kan påvirke realisering av verdi.

6.3.1 Fra dialog til handling: utfordringen med å konkretisere verdi

Et sentralt funn er at Health2B i stor grad lykkes med å samle aktører og skape dialog, men at overgangen fra dialog til konkret handling fremstår som krevende. Materialet viser at arenaen fungerer godt som møteplass for diskusjon, idéutvikling, kunnskapsdeling og felles refleksjon. Samtidig etterlyser flere informanter tydeligere mekanismer for oppfølging, ansvar og videreføring av initiativer.

Flere informanter beskriver Health2B som en arena der relevante problemstillinger løftes frem, men hvor det kan være uklart hva som skjer etterpå. En partner formulerer dette slik:

«Jeg tror Health2B gjør en viktig jobb [...]. Når vi samles så har vi gode diskusjoner, men jeg tenker «nå har vi pratet», men hva gjør vi videre?» (3)

Også ikke-partnere peker på denne begrensningen. To ikke-partnere uttrykker det slik:

«Det er veldig på det å samle og sortere informasjon-nivå» (15).

«Det er ingen som har makt og myndighet til å gjøre noe med de tingene [...] og faktisk løse problemer» (16).

Sitatene illustrerer en sentral spenning i materialet. Dialogen oppleves som nyttig og bidrar til å synliggjøre problemstillinger og utvikle felles forståelse, men den skaper også forventninger om videre fremdrift. Når neste steg ikke er tydelig definert, kan samhandlingen derfor oppleves som uforløst. Dette peker på at verdiskaping i Health2B ikke bare avhenger av kvaliteten på samtalene, men også av om samtalene kobles til ansvar, prioriteringer og konkrete oppfølgingsløp. Samtidig må denne begrensningen forstås i lys av arenaens rolle. Health2B er først og fremst etablert som en samhandlings- og innovasjonsarena, ikke som en organisasjon med formell beslutningsmyndighet. Dette gir arenaen fleksibilitet og nøytralitet, men begrenser samtidig muligheten til å forplikte aktører til videre tiltak. Dermed kan det oppstå et gap mellom innsikt og handling.

En partner beskriver denne uklarheten slik:

«Vi har snakket litt om det; når er det Health2B starter og slutter, i en prosess? Skal det bare være et møtested, eller skal det være noe mer? Skal det fasilitere noen flere typer prosesser, eller skal vi få noe mer konkret ut av det? [...]. Men hva er det du egentlig får ut av det? Fører det med seg noe» (2)

Her synliggjøres et viktig spørsmål om arenaens mandat og rolle. Dersom Health2B primært skal være en møteplass, kan verdien ligge i relasjoner, innsikt og problemforståelse. Dersom arenaen derimot skal fungere som en mer aktiv innovasjonsmotor, øker behovet for tydeligere prosesser, ansvar og oppfølging. Funnene tyder på at Health2B befinner seg i spennet mellom disse rollene.

Dette kommer frem i utsagn fra partnerne som:

«Vi sitter jo egentlig på en fantastisk tverrfaglighet og en mulighet til å åpne nye dører, så er det om å gjøre at det ikke blir sånne prateklubber, men at man må gjøre noe.» (5)

Dette peker på at samhandlingen i stor grad forblir på et dialog- og idéstadium. Samtidig uttrykker flere informanter et tydelig behov for mer strukturert oppfølging og tydeligere mekanismer for videreføring.

En partner deler følgende:

«Vi diskuterer mye, men det håndfaste trenger vi også å komme til for å få en action, noe form for outcome av det [...]. Kanskje burde man ha noen sånne aksjonspunkter fra møte til møte, for å bare holde det momentet litt.» (6)

Dette støttes også av en ikke-partner:

«Kan en slik arena komme med løsninger? Jeg er litt usikker altså [...]. Det er så tidkrevende og så mange problemstillinger underveis, så at en organisasjon litt på siden skal kunne gjøre noe med det, det er jeg litt usikker på. Det å ha rolle som litt fasilitator for tema, og bringe sammen aktører for å diskutere spesifikke temaer, jeg tror kanskje det er det slike arenaer kan ha som sin misjon.» (16)

Dette viser at utfordringen ikke nødvendigvis er mangel på engasjement eller relevante temaer, men mangel på strukturert videreføring. Aksjonspunkter, ansvarlige aktører, tidslinjer og kobling til beslutningsprosesser fremstår som mulige virkemidler for å redusere gapet mellom dialog og handling.

Observasjonene understøtter dette bildet, der problemstillinger løftes gjentatte ganger i ulike fora, uten at det alltid er tydelig hvem som har ansvar for videre oppfølging eller hvordan initiativene skal tas videre. Diskusjonene fremstår ofte som faglig sterke og relevante, men i mindre grad koblet til konkrete beslutningsprosesser eller implementeringsløp. Dette tyder på at Health2B er særlig godt egnet til å utvikle felles problemforståelse og identifisere behov, men at overgangen til handling i stor grad er avhengig av initiativ og oppfølging utenfor selve arenaen.

Dette mønsteret bekreftes også i de interne dokumentene. Evalueringen fra 2024 viser at partnerskapet oppleves å ha gjort tydelige fremskritt når det gjelder dialog og nettverksbygging, men at det fortsatt etterlyses konkrete resultater som illustrerer reell verdiskaping. Evalueringen fra 2025 løfter frem liknende behov, blant annet mer konkretisering, tydeligere caser og en mer definert løype fra behov til effekt. Også strategidokumentene peker i denne retningen, ved at ett av de uttalte grepene for videre utvikling er å gå fra «ord til handling». Dette viser at utfordringen med konkretisering ikke bare er et funn i intervjuene, men også en problemstilling Health2B selv har identifisert i sin videre strategiske utvikling.

Samhandlingslaben illustrerer samtidig at overgangen fra dialog til handling ikke bare er en utfordring, men også et område hvor Health2B forsøker å utvikle mer operative arbeidsformer. Laben representerer en konkretisering av samhandlingen ved at aktører fra Oslo universitetssykehus og Oslo kommune arbeider side om side med problemstillinger knyttet til digital hjemmeoppfølging og deling av data. Dette viser hvordan arenaen kan bidra til å flytte samhandlingen fra samtale og innsiktsarbeid til praktisk utforskning av nye samarbeidsmodeller. Samtidig synliggjør laben også begrensningene i arenaens gjennomføringskapasitet. Selv om Health2B kan legge til rette for fysisk nærhet, felles arbeid og dialog med leverandørmarkedet, er videre realisering fortsatt avhengig av beslutninger, ressurser, teknologiske avklaringer og implementeringsløp i organisasjonene rundt arenaen.

Funnene peker dermed på en ubalanse mellom arenaens ressurser, prosesser og styring. Health2B har et sterkt ressursgrunnlag ved at arenaen samler aktører med komplementær kompetanse, erfaring og nettverk. Prosessdimensjonen er også tydelig, fordi arenaen legger til rette for dialog, kunnskapsdeling, gjentatt interaksjon og utvikling av felles problemforståelse. Styringsdimensjonen fremstår derimot som mer sårbar når det gjelder prioritering, ansvarliggjøring og videreføring. Uten tydelige mekanismer for å koble dialog til beslutninger, finansiering og implementering, risikerer verdiskapingen å bli værende på et pre-implementeringsnivå.

Samlet viser funnene at Health2B skaper viktige forutsetninger for verdiskaping, men at overgangen fra dialog til handling er en sentral barriere. Arenaen produserer innsikt, relasjoner og felles problemforståelse, men har svakere koblinger til mandat, ansvar og gjennomføring. Dette innebærer at mye av verdien som skapes i arenaen forblir potensiell dersom den ikke tas videre av aktørene selv eller kobles til mer forpliktende prosesser.

6.3.2 Organisatoriske barrierer

En annen viktig barriere handler om organisatorisk kapasitet, prioritering og intern forankring hos partnerne. Funnene viser at verdiskaping i Health2B ikke bare avhenger av hva som skjer i arenaen, men også av om deltakerne har tid, ressurser, mandat og interne strukturer til å følge opp innsikt og initiativer i egne organisasjoner.

Flere informanter beskriver at deltakelse i Health2B konkurrerer med andre oppgaver og prioriteringer. En partner uttrykker dette slik:

«Det er krevende fordi du slåss hele tiden med både de leveranseprosjektene som går og andre utviklingsoppgaver.» (1)

Sitatet viser at intern forankring krever aktivt arbeid. Selv om en aktør opplever Health2B som relevant, er det ikke gitt at deltakelsen får organisatorisk betydning. Deltakerne må oversette innsikt fra arenaen til interne prioriteringer, strategier og arbeidsprosesser. Dette kan være krevende når organisasjonene samtidig står i driftspress, leveransekrav og andre utviklingsoppgaver.

Kapasitetsutfordringer kommer også frem i beskrivelser av offentlige aktørers hverdag. En partner peker på at langsiktig innovasjonsarbeid ofte må konkurrere med mer akutte behov:

«Vi argumenterer for at vi også skal gjøre det her, men når du ikke får effekten før om kanskje to år så er det veldig vanskelig, men vi er nødt til å få det til. Så det å ha en sånn dedikert gjeng som vi har i XXX som jobber med innføringer, det er helt avgjørende, og det må vi ha i lang, lang tid.» (4)

Dette sitatet synliggjør en klassisk utfordring i innovasjonsarbeid i helsesektoren. Langsiktige gevinster må prioriteres i organisasjoner som er preget av kortsiktig press, begrensede ressurser og akutte driftsbehov. Selv når aktørene ser verdien av samarbeid, kan det være vanskelig å sette av tid og midler til å følge opp.

Flere informanter peker på at verdien av Health2B er avhengig av intern mobilisering. Flere partnere uttrykker det slik:

«Det er mange gode initiativer, men det er begrenset hvor mye man faktisk klarer å følge opp internt.» (3).

«Hvis vi ikke klarer å mobilisere folk internt, så gir det ikke så mye verdi [...]. Det er hardt arbeid å få forankret det, så det ikke bare blir de tre som henger der oppe.» (5)

«Det blir mye snakk, men det er ikke alltid det tas videre inn i organisasjonen» (6).

Disse sitatene viser at verdiskaping i Health2B er sårbar dersom deltakelsen blir knyttet til enkeltpersoner snarere enn til organisasjonen som helhet. Dersom kun noen få personer deltar aktivt, kan innsikten og relasjonene som utvikles i arenaen forbli personavhengige. For at verdien skal bli organisatorisk, må den forankres bredere i organisasjonens ledelse, fagmiljøer og strategiske prioriteringer.

Dette understrekes også av en partner som peker på betydningen av toppforankring:

«Det er veldig avhengig av at jeg er toppforankret som den kontaktpersonen som er der.» (7)

Toppledelsesforankring fremstår dermed som en viktig betingelse for at deltakelse i Health2B skal kunne omsettes i organisatorisk handling. Uten støtte fra ledelsen kan det være vanskelig å prioritere deltakelse, mobilisere relevante fagpersoner og følge opp muligheter som oppstår i arenaen.

Observasjonene støtter dette bildet. Over observasjonsperioden har det blitt tydelig at partnernes involvering varierer betydelig. Enkelte aktører deltar aktivt i møter, arbeidsgrupper og oppfølging, mens andre er mer sporadisk til stede. I flere sammenhenger fremstår fremdrift som avhengig av spesielt engasjerte individer. Dette gjør enkelte initiativer sårbare, fordi kontinuitet og videreføring er knyttet til personers kapasitet, rolle og prioriteringer.

Dokumentmaterialet peker i samme retning. I partnermodellen beskrives aktivt partnerskap som avhengig av ledelsesforankring, strategisk tilnærming, intern involvering og bredt engasjement i egen organisasjon. Det legges også vekt på at partnere må bidra med innhold, delta i arbeidsgrupper, dele informasjon og knytte Health2B til relevant arbeid internt og eksternt. Dette viser at Health2B selv forstår verdiskaping som noe som forutsetter aktiv bruk av arenaen, ikke bare formelt medlemskap.

Samtidig peker materialet på at også Health2Bs egen kapasitet for oppfølging er begrenset. Arenaen drives med relativt få administrative ressurser, og mye av aktiviteten er avhengig av partnernes egen innsats, prioritering og mobilisering. Dette gir Health2B en fleksibel og partnerdrevet organisering, der aktørene har betydelig handlingsrom til å forme hvordan de bruker arenaen og hvilken verdi de henter ut av deltakelsen. Samtidig gjør det fremdriften sårbar, fordi initiativer i stor grad avhenger av partnernes kapasitet og engasjement.

Dette peker på en utfordring knyttet til partnernes evne til å mobilisere og anvende ressursene som arenaen gjør tilgjengelige. Health2B gir tilgang til relasjoner, kunnskap, møteplasser og mulige samarbeidsflater, men verdiskaping forutsetter at organisasjonene har kapasitet til å absorbere, forankre og videreutvikle dette internt. Dersom partnerne mangler tid, mandat, ledelsesforankring eller strukturer for oppfølging, kan innsikt og initiativer fra arenaen bli værende hos enkeltpersoner og i mindre grad omsettes i organisatorisk handling.

Samlet viser funnene at organisatoriske barrierer begrenser Health2Bs verdiskaping. Arenaen kan skape innsikt, relasjoner og nye muligheter, men realisering av verdi avhenger av partnernes evne til å mobilisere internt, forankre arbeidet strategisk og sette av ressurser til oppfølging. Verdien av Health2B blir dermed ikke bare et spørsmål om arenaens kvalitet, men også om partnernes organisatoriske kapasitet til å ta arenaen i bruk.

6.3.3 Aktørsammensetning som premiss for verdiskaping

Funnene viser videre at aktørsammensetningen i Health2B har betydning for hvilken verdi arenaen kan skape. Verdiskaping avhenger ikke bare av at mange aktører samles, men av at relevante aktører med nødvendig kompetanse, beslutningsmyndighet, legitimitet og kapasitet til å følge opp videre deltar. Aktørsammensetningen utgjør dermed en grunnleggende betingelse for samhandling og verdiskaping.

På den ene siden fremheves mangfoldet av aktører som en styrke. Health2B samler offentlige behovseiere, private leverandører, forvaltning, innovasjonsmiljøer og andre relevante aktører rundt felles problemstillinger. En ikke-partner formulerer dette enkelt:

«Du må ha alle aktørene på ett sted.» (15)

Sitatet viser at verdien av Health2B delvis ligger i arenaens evne til å samle ulike perspektiver og kompetanser. I komplekse helsesystemer er utfordringene sjelden avgrenset til én organisasjon eller sektor. Verdiskaping forutsetter derfor at aktører med ulike roller og ressurser møtes.

Samtidig viser materialet at ikke alle relevante stemmer er like godt representert. Flere informanter peker særlig på fastleger, pasienter, brukere og akademia som aktører som kunne vært sterkere involvert. Flere partnere uttrykker det slik:

«Jeg tror at Health2B kan få god nytte av å ha noen representanter fra enten pårørendeorganisasjoner eller pasientforbund.» (3)

«Fastlegene har ikke en stor nok rolle rundt bordet. Fastlegene som er portvokterne, men de er ikke med.» (6)

«Jeg savner brukerstemmen litt mer. [...] Akkurat brukerstemmen kunne vært systematisert inn.» (9)

Disse sitatene viser at manglende representasjon kan begrense hvilken type innsikt og verdi som skapes. Dersom enkelte aktørgrupper er svakt representert, kan arenaen få begrenset tilgang til sentrale perspektiver på behov, arbeidsflyt, pasienterfaringer og implementering. Dette er særlig relevant i en arena som har som ambisjon å bidra til bedre helsetjenester og mer målrettet utvikling av teknologi og tjenester.

Materialet viser også at aktørsammensetning ikke bare handler om bredde, men om beslutningsmyndighet og handlingsrom. En partner peker for eksempel på at aktører som Sykehuspartner eller Sykehusinnkjøp i noen sammenhenger kan sitte med nøkkelen til videre fremdrift:

«Kanskje burde man hatt med seg en sann type som Sykehuspartner eller Sykehusinnkjøp. [...] Mange ganger er det jo de som sitter med nøkkelen på hvordan man kan komme videre.» (6)

Dette viser at verdiskaping ikke bare krever tilgang til relevante perspektiver, men også til aktører som har myndighet, ansvar eller praktisk mulighet til å påvirke videre prosesser. Dersom sentrale beslutningstakere eller nøkkelaktører mangler, kan dialogen bli god, men vanskelig å omsette i handling. Samtidig viser den videre utviklingen av partnerskapet at Health2B har beveget seg i retning av å styrke denne typen koblinger. Etter at intervjuene ble gjennomført, har blant annet Sykehuspartner kommet inn som partner. Dette kan forstås som en utvidelse av arenaens ressurs- og kompetansegrunnlag, særlig fordi Sykehuspartner representerer digital infrastruktur, teknologiutvikling og implementeringsnære perspektiver i

spesialisthelsetjenesten. Utviklingen illustrerer dermed at aktørsammensetning ikke er statisk, men noe som kan justeres over tid for å styrke arenaens evne til å koble dialog, innsikt og mulig videre realisering.

Denne betydningen av aktørsammensetning kommer ikke bare frem i intervjuene, men også i observasjonsmaterialet. I flere møter og arbeidsgrupper var det tydelig at sammensetningen av deltakere påvirket både diskusjonenes innhold og muligheten for videre fremdrift. I enkelte sammenhenger var sentrale beslutningstakere eller aktører med gjennomføringsansvar i begrenset grad til stede. Dette syntes å begrense arenaens evne til å koble innsikt og dialog til konkrete oppfølgingsløp.

Samtidig peker materialet på at verdien ikke nødvendigvis øker med flest mulig deltakere. En partner beskriver størrelsen på arenaen som en styrke:

«Jeg tenker at størrelsen på Health2B er veldig passende. Det er veldig ofte 50-70 stykker [på arrangementene]. Når du går på en stor konferanse så blir det litt ‘hvem skal du snakke med?’ Så jeg tror den størrelsen her er veldig bra med tanke på å skape dialog. Jeg tror ikke de må vokse mer, men som sagt, invitere inn en gruppe med pasientstemmen.» (3)

Dette peker på en viktig balanse. Health2B må være bred nok til å samle relevante perspektiver, men samtidig liten og konkret nok til å muliggjøre dialog, tillit og oppfølging. Aktørsammensetning handler derfor ikke bare om kvantitet, men om relevans, balanse og mulighet for faktisk samhandling.

Et annet forhold som påvirker aktørsammensetningen, er terskelen for deltakelse. Enkelte ikke-partnere peker på at partneravgift, forventet egeninnsats og uklarhet om hva medlemskapet gir, kan gjøre det mindre attraktivt å bli partner. En ikke-partner uttrykker dette slik:

«Jeg synes at det er veldig mye uklarhet rundt hva betyr det å være partner i Health2B. Min posisjon er i hvert fall at jeg gidder ikke betale på toppen av det hele for å sitte der og få noen veldig vage fordeler - altså en kontorplass. [...] Jeg tenker at det er feil vei på pengeflyten. Vi må betale en halv million i året for å være partner, de burde betale en halv million i året til oss for at vi skulle hjelpe dem til å innovere.» (12)

«Da Oslo universitetssykehus fikk et spesialoppdrag om å ha ansvar for å fremme helsenæring i Norge med å lage en bedre innovasjonsløype, så startet de en Health2B-klubb der alle aktørene måtte bidra med en halv million i finansiering. En halv million er for så vidt mye penger, men i praksis så koster det enda mer i form av egeninnsats hvis du begynner å regne timer [...]. Da vi hadde den diskusjonen så var det helt uaktuelt å gå inn med store pengebeløp for å få en kontorplass [...].» (13)

Sitatene viser at økonomiske og organisatoriske betingelser for deltakelse kan påvirke hvem som blir en del av arenaen. Dersom enkelte aktører opplever terskelen som for høy eller verdien som uklar, kan det begrense bredden og sammensetningen av partnerskapet. Dette har betydning for hvilke perspektiver og ressurser arenaen får tilgang til.

Dokumentmaterialet viser at Health2B selv er oppmerksom på betydningen av aktørsammensetning. I partnermodellen understrekes det at «hvem vi har med oss er viktig», og det legges vekt på strategisk rekruttering, kritisk masse og riktig balanse mellom behovseiere, industri, forvaltning og andre interessenter. Samtidig viser materialet at partnermodellen har vært gjenstand for utvikling og revisjon i løpet av studieperioden, blant annet gjennom justering av partneravgiften og tydeligere forventninger til aktiv deltakelse.

Revisjonen kan forstås som et forsøk på å bevege partnerskapet fra en relativt åpen etableringsfase til en mer tydelig og forpliktende struktur. Lavere partneravgift kan bidra til å redusere terskler for deltakelse og gjøre partnerskapet mer tilgjengelig for ulike aktører, samtidig som én samlet partnermodell kan styrke opplevelsen av likeverdighet. Endringene illustrerer at aktørsammensetning ikke er en statisk størrelse, men formes gjennom organisatoriske valg, økonomiske rammer og strategiske prioriteringer. Justeringer i partnermodellen påvirker dermed ikke bare hvem som deltar, men også hvilke forutsetninger som ligger til grunn for samhandling, forventninger og verdiskaping i arenaen.

Aktørsammensetning kan dermed forstås som en sentral del av arenaens ressursdimensjon. Health2B skaper verdi ved å samle komplementære ressurser, kompetanser og perspektiver fra ulike deler av helseøkosystemet. Samtidig begrenses verdiskapingspotensialet dersom sentrale perspektiver mangler, dersom deltakerne ikke har beslutningsmyndighet, eller dersom økonomiske og organisatoriske terskler gjør at relevante aktører blir stående utenfor.

Ressursgrunnlaget handler derfor ikke bare om hvor mange aktører som deltar, men om hvilke roller, mandater og handlingsmuligheter de bringer inn i arenaen.

Samlet viser funnene at aktørsammensetningen er et sentralt premiss for verdiskaping i Health2B. Arenaens styrke ligger i å samle aktører på tvers av sektorer og roller, men verdien avhenger av at sammensetningen er relevant, balansert og handlingsdyktig. Manglende representasjon, høye terskler for deltakelse og fravær av nøkkelaktører med beslutningsmyndighet kan begrense arenaens evne til å omsette samhandling til konkrete resultater.

6.3.4 Ulike mål, tempo og forventninger

Et annet sentralt funn er at ulike mål, tempo og forventninger skaper friksjon i samhandlingen. Materialet viser at offentlige og private aktører ofte går inn i Health2B med ulike forståelser av hva samarbeidet skal føre til, hvor raskt det bør skje, og hvilke resultater som oppfattes som verdifulle. Dette påvirker overgangen fra dialog til konkret verdiskaping.

Flere informanter peker på at private aktører i større grad er avhengige av fremdrift, markedsmuligheter og konkrete resultater, mens offentlige aktører må forholde seg til ansvarlighet, regelverk, likebehandling og langsiktige beslutningsprosesser.

En partner beskriver spenningen slik:

«Det er en utfordring å få de offentlige til å se at det kanskje kan være noen nyttige erfaringer andre steder. Det er litt krevende [...] at de har hatt en sterk ambisjon om å lage egne løsninger og hva slags rolle skal de da ha inne i et samarbeid?» (1).

Sitatet viser hvordan ulike forventninger til tempo og utbytte kan skape spenninger. For private aktører kan verdien av deltakelse være knyttet til konkrete muligheter, posisjonering og videre samarbeid. For offentlige aktører kan verdien i større grad ligge i langsiktig modning, avklaring og felles forståelse. Det som for én aktør fremstår som viktig prosessarbeid, kan for en annen fremstå som for lite konkret.

En annen informant peker på at det fortsatt finnes skepsis mellom partene:

«Jeg synes jo at vi prøver mellom oss virksomhetene å ha transparent og god dialog. Det er en vei å gå, og jeg føler fortsatt at det er en form for skepsis mellom alle partene. [...]. Men selvfølgelig, vi blir nødt til å skape forretning vi som er der som er fra det private også.» (11)

Dette viser at åpenhet og dialog ikke nødvendigvis fjerner underliggende forskjeller i interesser. Private aktører kan ønske å bidra til felles utfordringer, men er samtidig avhengige av kommersiell bærekraft. Offentlige aktører kan ønske innovasjon og samarbeid, men må samtidig ivareta legitimitet, anskaffelsesregler og likebehandling. Disse ulike hensynene kan skape usikkerhet om motivasjon, handlingsrom og forventninger.

Materialet peker også på at barrierene ikke bare handler om formelle rammer, men om gjensidige forestillinger og kulturelle fortolkninger av den andre parten. En ikke-partner med godt kjennskap til arenaen beskriver det slik:

«Det er fortsatt mange forestillinger om den andre. Om leverandører som skal lure deg [...] og om offentlige ansatte som egentlig ikke vil noe nytt.» (10)

Et annet sitat fra en partner peker i samme retning:

«Vi offentlige og private leverandører, vi forstår hverandre ikke helt.» (2)

Disse sitatene viser at friksjonen også er relasjonell og kulturell. Aktørene møter ikke hverandre bare som organisasjoner med ulike formelle roller, men også med antakelser om hverandres intensjoner, tempo og vilje til endring. Slike forestillinger kan påvirke tillit, åpenhet og vilje til å gå videre i mer forpliktende samarbeid.

Observasjonene støtter dette bildet. I flere møter er det tydelig at aktørene har ulike vurderinger av hva som er et relevant problem, hva som er en realistisk løsning, og hva som er et passende tempo for videre arbeid. Noen etterlyser tydeligere konkretisering og raskere fremdrift, mens andre legger større vekt på forankring, avklaring og systemforståelse. Dette viser at friksjon ikke nødvendigvis oppstår fordi aktørene er uenige om at samarbeid er viktig, men fordi de vurderer samarbeidets formål, tempo og verdi ulikt.

Dokumentmaterialet understøtter også dette funnet. Risikoanalyser i Health2Bs egne dokumenter peker på ulike mål, kultur og insentiver som en sentral utfordring. Det fremheves at offentlige og private aktører ofte har ulike beslutningsprosesser, mål og tidshorisonter, og at dette kan skape skepsis og gjøre det vanskelig å finne felles retning.

Arbeidet med strategirammeverket viser også at ulike forventninger til verdi ikke bare kom til uttrykk i intervjuene, men også i Health2Bs egen utviklingsprosess. At partnerskapet beveget seg fra diskusjoner om tradisjonelle KPI-er til bredere målstruktur med ledende og etterslepende indikatorer, kan forstås som et forsøk på å balansere ulike verdiforståelser. På den ene siden var det behov for å synliggjøre konkrete resultater og langsiktige effekter. På den andre siden var det nødvendig å anerkjenne merprosessuelle former for verdi, som relasjoner, kunnskapsdeling, deltakelse og felles problemforståelse.

Denne utviklingen illustrerer at verdiskaping i Health2B ikke bare er et spørsmål om hva arenaen faktisk skaper, men også om hvordan verdien skal forstås, dokumenteres og legitimeres overfor ulike aktører. Ulike partnere kan ha ulike forventninger til hva Health2B skal levere, hvor raskt verdien bør realiseres og hvilke resultater som teller som relevante. Målstrukturen kan dermed forstås som et forsøk på å oversette mellom ulike forventninger til verdi og fremdrift.

Dette kan forstås som en utfordring i samspillet mellom prosess- og styringsdimensjonen i Health2B. Arenaen legger til rette for dialog, kunnskapsdeling og felles problemutvikling, men aktørene har ikke alltid samme forventninger til hva prosessene skal føre til, hvor raskt de skal gi resultater, eller hvordan verdien skal dokumenteres. Når forventningene varierer, øker behovet for styringsmekanismer som tydeliggjør formål, prioriteringer og videre oppfølging. Uten slike felles rammer kan samhandlingen fungere godt på dialognivå, men likevel bli krevende å omsette i mer forpliktende samarbeid og konkret videreføring.

Samlet viser funnene at ulike mål, tempo og forventninger utgjør en viktig barriere for verdiskaping i Health2B. Arenaen kan bidra til å gjøre forskjellene mer synlige og håndterbare, men den opphever dem ikke. Dette bidrar til å forklare hvorfor Health2B kan fungere godt som dialog- og læringsarena, samtidig som overgangen til mer forpliktende samarbeid og konkret videreføring kan være krevende.

6.3.5 Strukturelle utfordringer

Til slutt peker materialet på mer overordnede, strukturelle utfordringer i helsesektoren som begrenser muligheten for verdiskaping i Health2B. Disse utfordringene ligger i stor grad utenfor arenaens direkte kontroll, men påvirker likevel hvilke muligheter aktørene har til å omsette samhandling til konkrete tiltak. Særlig fremheves anskaffelser, finansiering, datadeling, fragmentering og et sammensatt innovasjonslandskap som sentrale rammebetingelser.

En sentral strukturell utfordring handler om offentlige anskaffelser. Flere informanter peker på at regelverket kan gjøre det krevende å utvikle og teste løsninger i tett samarbeid mellom offentlige og private aktører over tid. En informant beskriver dette slik:

«Vi har jo et regelverk som gjør det vanskelig å samarbeide tett med leverandører over tid.» (5)

En annen informant utdyper kompleksiteten:

«Det er ganske komplisert landskap å navigere i, og det er masse regelverk man må forholde seg til knyttet til anskaffelser og sånt. [...] Jeg må si jeg synes det er litt lettelse å ha et sånt sted og på en måte henvise til, og på en måte snu seg til når det er noe.» (2)

Sitatene viser at regulative rammer påvirker mulighetsrommet for samarbeid. Selv om Health2B kan bidra til dialog og tidlig behovsforståelse, må videre samarbeid ofte håndteres innenfor anskaffelsesregler, konkurransehensyn og krav til likebehandling. Dette kan skape usikkerhet om hvor grensen går mellom åpen dialog, legitim markedsdialog og utilbørlig påvirkning.

En ikke-partner formulerer denne utfordringen mer kritisk:

«Man må skrive et konkurransegrunnlag, og man må være redelig på det, ellers bryter man reglene for offentlige anskaffelser. Og Health2B lover jo partnerskap og økosystem til de som betaler denne høye pengesummen, men hva er det man egentlig lover? Lover man de innsikt i sykehusets gjøremåter? Eller lover man de påvirkningskraft? Og hvis man lover påvirkningskraft, lover man de da en høyere ranking i en eventuell konkurranse som kommer?» (12)

Dette sitatet synliggjør en grunnleggende spenning i offentlig-privat samhandling. Health2B må skape verdi for private partnere, samtidig som offentlige aktører må ivareta åpenhet, konkurranse og likebehandling. Dersom verdien av partnerskapet oppfattes som uklar eller for tett på offentlige beslutningsprosesser, kan det skape legitimitetsutfordringer.

En annen strukturell utfordring handler om finansiering og gevinstrealisering på tvers av sektorer. Flere informanter peker på at kostnader og gevinster ofte oppstår hos ulike aktører eller på ulike nivåer i helsetjenesten. En informant beskriver dette slik:

«Vårt finansieringssystem er ikke tilrettelagt for den type kostnadsforskyving. [...] Pengene følger ikke pasienten på samme måte.» (8)

En annen uttrykker det som et spørsmål om hvem som får gevinstene:

«Det er noe med kostnader og gevinster. Hvem sparer penger på at kommunen følger opp en innbygger på den måten?» (2)

Dette viser at selv når aktørene er enige om at en løsning kan gi samfunnsmessig verdi, er det ikke gitt at finansieringssystemet støtter implementering. Dersom én aktør må bære kostnaden, mens en annen får gevinsten, svekkes insentivene for samarbeid og investering. Dette er særlig relevant for løsninger som krever samhandling mellom sykehus, kommune og leverandører.

Datadeling og infrastruktur fremstår også som sentrale strukturelle barrierer. En informant uttrykker det slik:

«Hvis ikke infrastrukturen er der, hvis ikke reguleringen er der, hvis ikke insentivene er der, så skjer det ingenting.» (6)

Dette sitatet tydeliggjør at samhandling ikke alene er nok. Selv om Health2B kan bidra til relasjoner og felles forståelse, krever realisering av verdi at det finnes tekniske, juridiske og økonomiske rammer som gjør samarbeid mulig. Manglende infrastruktur, uklare datadelingsregler og svake insentiver kan dermed begrense effekten av arenaens arbeid.

Flere informanter beskriver også systemet mer generelt som fragmentert. En informant deler følgende:

«Systemet henger ikke helt sammen [...] det er mange som jobber med sitt» (6).

Fragmenteringen handler både om organisatoriske grenser, styringslinjer, finansieringsmodeller og faglige siloer. Health2B kan bidra til å skape kontakt på tvers av disse skillene, men arenaen har ikke direkte virkemidler til å endre de strukturelle forholdene som opprettholder fragmenteringen.

Observasjonene støtter dette bildet. Spørsmål om anskaffelser, finansieringsmodeller, datadeling og ansvarslinjer kommer gjentatte ganger opp i møter og diskusjoner. Ofte ble disse forholdene identifisert som avgjørende for videre fremdrift, men uten at arenaen selv hadde myndighet eller virkemidler til å løse dem. Dette viser at Health2B opererer i et system der mange av barrierene for verdiskaping ligger utenfor selve arenaen.

Dokumentmaterialet peker i samme retning. Årsrapporter og interne strategidokumenter løfter frem deling av nødvendige data, finansiering av tiltak der gevinsten oppstår i en annen sektor eller over tid, og behovet for sterkere samhandling på tvers av offentlig og privat sektor som sentrale systemutfordringer. Health2B beskrives som en arena som kan synliggjøre og bearbeide slike utfordringer, men ikke som en aktør som alene kan løse dem.

Et ytterligere funn er at Health2B inngår i et bredere landskap av innovasjonsarenaer, nettverk og initiativer i helsesektoren. Flere informanter peker på at dette landskapet kan være både ressursrikt og fragmentert. På den ene siden gir mange arenaer flere møteplasser, økt aktivitet og flere muligheter for samarbeid. På den andre siden kan overlappende initiativer, uklare rollefordelinger og mange parallelle aktiviteter gjøre det vanskelig å prioritere deltakelse og sikre kontinuitet.

En ikke-partner beskriver følgende:

«Det er mange arenaer, eventer og arrangementer der alle er enige om det samme, og de spiser seg selv opp. Jeg gikk gjennom og så at det var 25 arrangementer om akkurat det samme i 2025. Alle er enige, men noen må bestemme å ta i bruk, kjøpe systemer og skalere.» (17)

Dette innebærer at fragmentering ikke bare gjelder helsesystemets organisering, men også innovasjonslandskapet Health2B inngår i. Funnene tyder dermed på at innovasjonsarenaer ikke bør forstås isolert, men som del av et bredere økosystem av initiativer, hvor samspillet mellom arenaene også påvirker deres evne til å skape verdi. Health2Bs mulighet til å skape verdi

påvirkes derfor både av hvordan arenaen selv er organisert, og av hvordan den plasserer seg i et større felt av delvis overlappende initiativer.

Dette peker på at verdiskaping i Health2B ikke bare avhenger av arenaens interne ressurser, prosesser og styring, men også av de bredere systemiske rammebetingelsene rundt arenaen. Health2B kan skape kontakt, innsikt og felles problemforståelse, men realisering av verdi forutsetter at dette kan kobles til anskaffelsesregler, finansieringsmodeller, datainfrastruktur, insentiver og beslutningslinjer i helsesystemet. Når disse strukturene ikke er tilpasset samarbeid på tvers av aktører og nivåer, begrenses arenaens evne til å omsette samhandling i konkrete tiltak.

Samlet viser funnene at strukturelle utfordringer setter viktige grenser for Health2Bs verdiskaping. Arenaen kan bidra til å synliggjøre problemer, samle aktører og utvikle felles forståelse, men den kan ikke alene endre de systemiske forholdene som begrenser samarbeid og implementering. Health2Bs verdi må derfor forstås i lys av det bredere systemet arenaen inngår i, og av hvordan innsikt og initiativer fra arenaen kobles til beslutninger, virkemidler og implementeringsløp utenfor Health2B.

Oppsummering 6.3

Samlet viser funnene at Health2Bs verdiskaping begrenses av barrierer på flere nivåer. På arena-nivå handler utfordringene særlig om konkretisering, prioritering og videreføring av initiativer. Health2B legger til rette for samhandling, men har mer begrensede mekanismer for å koble innsikt og ideer til ansvarlige aktører, beslutninger og implementeringsløp.

På organisasjonsnivå begrenses verdiskapingen av partnernes kapasitet, interne forankring og evne til å mobilisere relevante ressurser. Deltakelse i Health2B gir ikke automatisk organisatorisk verdi; innsikt og relasjoner må tas videre internt, forankres strategisk og kobles til konkrete prioriteringer. På aktør- og systemnivå påvirkes verdiskapingen av hvem som deltar, hvilket mandat de har, ulike mål og tempo, samt strukturelle forhold som anskaffelsesregler, finansieringsmodeller, datadeling og fragmentering i helsesektoren.

I lys av Villani et al. (2017) peker funnene mot en ubalanse mellom ressurser, prosesser og styring. Health2B mobiliserer relevante aktører og legger til rette for dialog, læring og

relasjonsbygging, men koblingen til beslutningsmyndighet, finansiering, ansvar og implementering er svakere utviklet. Delkapittelet viser dermed at Health2Bs utfordring ikke først og fremst er å skape samhandling, men å sikre at samhandlingen kan videreføres gjennom organisatoriske og strukturelle koblinger utenfor selve arenaen.

Barrierene som er analysert i dette delkapittelet kan ikke bare forstås som praktiske eller organisatoriske utfordringer. De henger også sammen med at aktørene i Health2B opererer innenfor ulike mål, roller, styringsformer og forståelser av verdi. Dette danner utgangspunktet for neste delkapittel, hvor funnene sammenfattes analytisk gjennom perspektivet institusjonell logikk.

6.4 Institusjonell kompleksitet i Health2B: en analytisk sammenfatning av funnene

Funnene i kapittel 6.1-6.3 viser at samhandlingen i Health2B preges av både komplementaritet og spenning mellom aktører med ulike mål, roller og forståelser av verdi. Arenaen skaper verdi ved å samle aktører med ulike ressurser, kompetanser og perspektiver, men møter samtidig barrierer når disse forskjellene skal omsettes til felles prioriteringer, ansvar og videre handling. For å sammenfatte disse funnene på et mer overordnet analytisk nivå anvendes her perspektivet institusjonell logikk.

Hovedargumentet i delkapittelet er at Health2B kan forstås som en arena for oversettelse mellom ulike institusjonelle logikker. Arenaen løser ikke forskjellene mellom aktørene, men gjør dem synlige, diskuterbare og delvis håndterbare. Health2Bs verdi ligger dermed ikke bare i å initiere konkrete innovasjonsprosjekter, men i å etablere et mellomrom der ulike forståelser av behov, ansvar, tempo og verdi kan møtes, forhandles og bearbeides over tid.

Mens Villani et al. (2017) har bidratt til å analysere hvordan organisatoriske forhold som ressurser, prosesser og styring former samarbeidet i Health2B, brukes institusjonell logikk her til å fortolke de underliggende spenningene som oppstår når aktører fra ulike deler av helsesektoren møtes i en hybrid samarbeidsarena. Perspektivet flytter dermed oppmerksomheten fra hvordan arenaen er organisert, til hvorfor samhandlingen preges av ulike forventninger, avveininger og barrierer.

I materialet fremtrer særlig tre institusjonelle logikker som sentrale: en offentlig logikk, en profesjonslogikk og en markedslogikk. Den offentlige logikken kommer til uttrykk gjennom vektlegging av samfunnsansvar, legitimitet, regulering, likebehandling og helhetlig systemansvar. Denne logikken synes særlig å være fremtredende hos offentlige behovseiere og forvaltningsnære aktører, som er opptatt av at utvikling og innføring av nye løsninger må være forankret i regelverk, prioriteringer og ansvarlige beslutningsprosesser.

Profesjonslogikken kommer til uttrykk gjennom vektlegging av faglig kvalitet, pasientsikkerhet, klinisk relevans og praksisnære vurderinger. Denne logikken er særlig synlig hos klinikere og fagpersoner i sykehus og kommune, som vurderer løsninger ut fra hva som faktisk lar seg integrere i arbeidshverdagen og gir verdi i møte med pasienter og tjenesteutøvelse. Markedslogikken kommer til uttrykk gjennom orientering mot innovasjonstempo, løsningsutvikling, skalerbarhet, posisjonering og kommersiell bærekraft. Denne logikken er særlig synlig hos leverandører og næringsaktører, som er opptatt av å utvikle løsninger som både treffer behov og kan videreutvikles, implementeres og eventuelt kommersialiseres.

Disse logikkene må ikke forstås som gjensidig utelukkende eller som fast knyttet til bestemte organisasjoner. Flere aktører kan bære flere logikker samtidig, og hvilke logikker som blir mest fremtredende vil kunne variere med situasjon, tema og rolle. Likevel gir denne analytiske inndelingen et nyttig språk for å forstå hvorfor aktørene i Health2B til tider orienterer seg forskjellig i spørsmål om mål, verdi, fremdrift og ansvar.

Funnene viser at møtet mellom ulike logikker er en viktig kilde til verdiskaping i Health2B. Arenaen samler aktører med komplementære perspektiver, erfaringer og ressurser. Den offentlige logikken bidrar med innsikt i systembehov, regulering og samfunnsoppdrag. Profesjonslogikken bidrar med praksisnær forståelse av klinisk relevans, arbeidsflyt og kvalitet. Markedslogikken bidrar med løsningsorientering, teknologiforståelse og evne til å se utviklings- og innovasjonsmuligheter. Det er nettopp i møtet mellom disse perspektivene at nye innsikter, koblinger og samarbeidsmuligheter kan oppstå.

Sett i dette lyset fremstår institusjonell kompleksitet ikke bare som en barriere, men også som en forutsetning for Health2Bs verdiskaping. Dersom arenaen bare samlet aktører med like

perspektiver, ville potensialet for læring, oversettelse og ny problemforståelse vært mindre. Verdien av Health2B ligger derfor delvis i at aktører som vanligvis opererer innenfor ulike organisatoriske og institusjonelle kontekster, får anledning til å møtes rundt felles problemstillinger.

Samtidig viser funnene at møtet mellom logikkene også skaper spenninger. Et sentralt spenningsfelt knytter seg til ulike forståelser av hva verdi er og hvordan den bør realiseres. For noen aktører ligger verdien primært i relasjonsbygging, innsikt, læring og bedre koordinering. For andre ligger den i mer konkrete utfall, som utvikling av prosjekter, raskere implementering, nye samarbeid eller tydeligere markedsmuligheter. Dette innebærer at deltakerne ikke nødvendigvis vurderer Health2Bs relevans ut fra de samme kriteriene. Det som for én aktør fremstår som et verdifullt steg i en langsiktig prosess, kan for en annen fremstå som for lite konkret eller for lite handlingsrettet.

Et annet spenningsfelt gjelder tidshorisont og tempo. Funnene viser at enkelte aktører er orientert mot gradvis forankring, modning og avklaring, mens andre i større grad etterspør raskere fremdrift og tydeligere konkretisering. Dette kan forstås som uttrykk for ulike institusjonelle logikker. Offentlige og profesjonsorienterte aktører må ofte forholde seg til beslutningslinjer, ansvarskrav, pasientsikkerhet og behov for bred forankring. Markedsorienterte aktører er i større grad avhengige av fremdrift, utviklingsdynamikk og tydelige muligheter for videre samarbeid. Health2B blir dermed et sted hvor ulike tempoer møtes, og hvor det kan oppstå friksjon når arenaen ikke fullt ut klarer å oversette mellom dem.

Et tredje spenningsfelt gjelder ansvar og handlingsrom. Selv om Health2B oppleves som nyttig for dialog, relasjonsbygging og felles forståelse, er det ikke alltid tydelig hvem som har mandat til å ta neste steg. Dette henger sammen med at aktørene er forankret i ulike organisasjoner, styringslinjer og beslutningssystemer. Health2B kan legge til rette for samhandling, men kan i begrenset grad selv beslutte, finansiere eller implementere tiltak. Dette bidrar til å forklare hvorfor verdiskapingen i arenaen ofte har en prosessuell og mellomliggende karakter. Health2B bygger grunnlag for videre samarbeid og innovasjon, men verdien må kobles til ansvar, ressurser og beslutningsmyndighet utenfor arenaen for å realiseres som konkrete resultater.

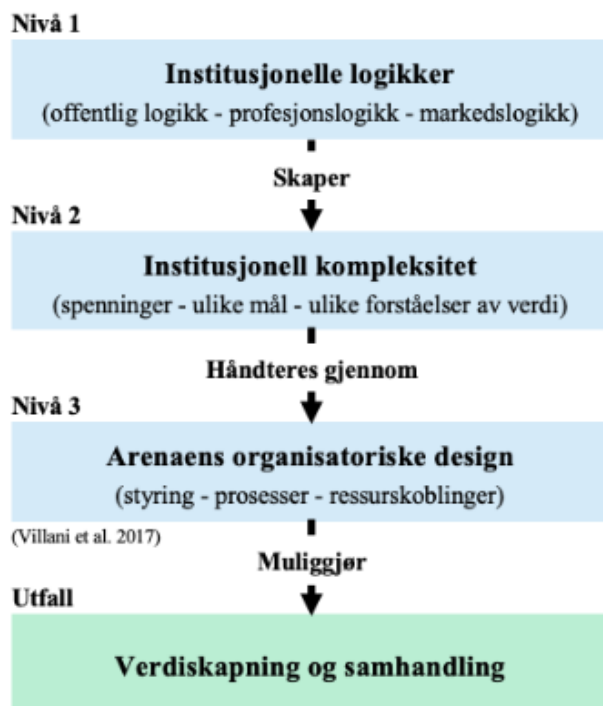
På bakgrunn av dette kan Health2B forstås som en arena for oversettelse mellom logikker. Arenaens funksjon er ikke bare å samle aktører, men å legge til rette for at ulike forståelser av behov, verdi, risiko, tempo og ansvar kan møtes og bearbeides. Funnene viser at tillit, åpenhet, likeverdighet og gjensidig læring fungerer som mekanismer som gjør slik oversettelse mulig. Gjennom disse mekanismene kan aktørene utvikle større forståelse for hverandres perspektiver og rammebetingelser, uten at forskjellene nødvendigvis forsvinner. Health2B ser ikke ut til å redusere institusjonell kompleksitet ved å skape enighet eller likhet mellom aktørene. Snarere bidrar arenaen til å gjøre kompleksiteten mer synlig og håndterbar. Aktørene blir ikke nødvendigvis mer like, men de får bedre mulighet til å forstå hvorfor andre aktører handler, prioriterer og vurderer verdi annerledes. Slik kan Health2B bidra til å utvikle samhandlingskapasitet i et felt preget av vedvarende forskjeller.

Samtidig viser funnene at oversettelse mellom logikker ikke automatisk fører til konkret handling. Dersom arenaen i for liten grad kobles til beslutningsmandat, ressursforpliktelse og organisatorisk forankring, vil potensialet for verdiskaping forbli delvis uforløst. Institusjonell kompleksitet fremstår dermed som både en kilde til verdi og en kilde til begrensning. På den ene siden gjør mangfoldet av logikker det mulig å utvikle mer helhetlig innsikt og sterkere samhandling på tvers. På den andre siden gjør de samme forskjellene det krevende å omsette samhandling til beslutning, prioritering og implementering.

Denne analysen nyanserer også forståelsen av hva slags verdi innovasjonsarenaer som Health2B kan skape. Verdien ligger ikke nødvendigvis primært i at arenaen selv realiserer konkrete innovasjoner, men i at den bygger forutsetninger for senere innovasjon i form av relasjoner, tillit, felles språk, problemforståelse, strategisk orientering og økt legitimitet for samarbeid på tvers. Dette er former for verdi som er vanskelige å måle direkte, men som kan være avgjørende i komplekse systemer der innovasjon krever koordinering mellom mange aktører.

Samlet viser denne analysen at Health2B ikke først og fremst kan forstås som en arena som løser institusjonell kompleksitet, men som en arena som synliggjør, håndterer og til dels bearbeider den. Dette er et viktig funn i studien, fordi det peker på at verdien av innovasjonsarenaer i komplekse og hybride kontekster ikke bare ligger i konkrete innovasjonsutfall, men i evnen til å etablere rom der ulike logikker kan møtes og bearbeides over tid.

Denne forståelsen er sammenfattet i **figur 4**. Figuren viser hvordan ulike institusjonelle logikker skaper kompleksitet i Health2B, og hvordan arenaens organisatoriske design kan bidra til å håndtere denne kompleksiteten gjennom styring, prosesser og ressurskoblinger. Modellen viser samtidig at verdiskaping og samhandling ikke oppstår automatisk, men avhenger av hvordan arenaen klarer å koble ulike aktører, forventninger og handlingsbetingelser sammen.



Figur 4. Sammenhengen mellom institusjonelle logikker, organisatorisk design og verdiskaping i Health2B. Figuren illustrerer hvordan offentlig logikk, profesjonslogikk og markedslogikk skaper institusjonell kompleksitet i Health2B. Denne kompleksiteten håndteres gjennom arenaens organisatoriske design, her forstått som styring, prosesser og ressurskoblinger. Modellen viser hvordan samhandling og verdiskaping muliggjøres når arenaen fungerer som et mellomrom der ulike logikker kan møtes, oversettes og bearbeides. *Kilde: Utarbeidet av forfatteren, med utgangspunkt i Villani et al. (2017).*

Figuren tydeliggjør at Health2Bs bidrag ikke først og fremst ligger i å fjerne institusjonell kompleksitet, men i å etablere organisatoriske og relasjonelle mekanismer som gjør kompleksiteten mer håndterbar. Samhandling og verdiskaping forstås dermed som mulige utfall av arenaens evne til å koble ulike logikker, ressurser og aktører sammen over tid. Dette danner grunnlaget for diskusjonen i neste kapittel, der funnene løftes til et mer overordnet nivå og drøftes i lys av studiens problemstilling og teoretiske bidrag.

7. Diskusjon

I denne studien er det undersøkt hvordan innovasjonsarenaen Health2B bidrar til samhandling og verdiskaping mellom offentlige og private aktører i helsesektoren. Gjennom en kvalitativ casestudie synliggjør analysen hvordan samhandling utspiller seg i praksis, hvilke former for verdi som oppstår, og hvilke barrierer som begrenser overgangen fra dialog til realisert verdi.

Kapittel 6 viser at Health2B i stor grad skaper verdi ved å bygge samhandlingskapasitet. Arenaen gjør det mulig for aktører med ulike roller, ressurser og institusjonelle logikker å møtes, utvikle relasjoner, bygge tillit og etablere en mer felles forståelse av utfordringer og muligheter i helsesektoren. Denne formen for verdi bidrar til å legge til rette for innovasjon, og suppleres av andre former for verdi, blant annet knyttet til kunnskapsutvikling og grunnlag for videre samarbeid. Samtidig viser funnene at verdien ikke nødvendigvis automatisk realiseres i form av konkrete prosjekter, implementerte løsninger eller målbare effekter.

Formålet med dette kapittelet er derfor å løfte funnene fra det casespesifikke nivået til et mer generelt analytisk nivå. Diskusjonen retter oppmerksomheten mot hva funnene kan si om innovasjonsarenaer, offentlig-private partnerskap og innovasjon i komplekse helsesystemer mer generelt. Kapittelets hovedargument er at innovasjonsarenaer som Health2B bør forstås som organisatoriske koblingspunkt som kan bygge samhandlingskapasitet, men som er avhengige av tydelige koblinger til ansvar, mandat, finansiering og implementeringsstrukturer for at verdien skal realiseres i praksis.

Diskusjonen tar utgangspunkt i studiens tre underspørsmål om hvilke former for verdi Health2B skaper, hvordan samhandlingen fungerer i praksis og hva erfaringene fra casen kan si om innovasjonsarenaers rolle i offentlig-privat samarbeid i helsesektoren. Kapittelet er strukturert rundt fem hovedtemaer. Først drøftes hvordan innovasjonsarenaer kan fungere som koblingspunkt for samhandling. Deretter diskuteres verdi som et mellomliggende og prosessuelt fenomen. Videre rettes oppmerksomheten mot gapet mellom dialog og handling, før funnene drøftes i lys av institusjonell kompleksitet som både ressurs og barriere. Avslutningsvis diskuteres implikasjoner for utvikling og evaluering av innovasjonsarenaer.

7.1 Innovasjonsarenaer som koblingspunkt i et fragmentert innovasjonsøkosystem

Et sentralt spørsmål i litteraturen om innovasjonsklynger og innovasjonsarenaer er hvordan nærhet, nettverk og samhandling kan bidra til innovasjon. Porter (1998) beskriver klynger som geografiske konsentrasjoner av sammenkoblede virksomheter og institusjoner, mens Zimmer et al. (2014) viderefører dette perspektivet i en helsekontekst ved å vise hvordan innovasjonsklynger består av komplekse samarbeidskonstellasjoner mellom industri, forskning, profesjoner og offentlige myndigheter. Dette gir et viktig utgangspunkt for å forstå Health2B, ettersom arenaen samler ulike aktører i et felles fysisk og organisatorisk miljø.

Samtidig nyanserer studien en mulig antakelse om at nærhet i seg selv skaper samhandling. Analysen viser at samhandling ikke oppstår automatisk fordi aktører befinner seg på samme kontor, deltar på samme arrangementer eller tilhører samme innovasjonsøkosystem. Samhandling utvikles snarere gjennom relasjonelle og organisatoriske mekanismer som nøytralitet, gjentatt kontakt, tillit og felles problemorientering. Dette støtter Zimmer et al. (2014) sitt poeng om at innovasjonsklynger og -arenaer må forstås som prosesser der relasjoner og felles forståelser utvikles over tid, heller enn som statiske strukturer der samhandling følger direkte av samlokalisering.

I denne forstand kan Health2B forstås som et koblingspunkt i helseinnovasjonsøkosystemet. Arenaen kobler aktører som ellers i begrenset grad møtes i samme rom. Dette gjelder ikke bare koblinger mellom offentlige behovseiere og private leverandører, men også mellom offentlige aktører, mellom private virksomheter og mellom ulike deler av helseøkosystemet. Dette er et viktig funn, fordi litteraturen om offentlig-private partnerskap og tverrsektorielt samarbeid ofte tar utgangspunkt i samhandling på tvers av sektorgrenser, særlig mellom offentlige og private aktører (Roehrich et al., 2014). Funnene fra Health2B viser imidlertid at fragmenteringen også finnes internt i sektorene. Offentlige aktører kjenner ikke nødvendigvis hverandres arbeid, prioriteringer og handlingsrom, og private aktører har heller ikke alltid naturlige kontaktflater seg imellom. Health2B fungerer derfor ikke bare som en bro mellom offentlig og privat sektor, men som et koblingspunkt i et mer generelt fragmentert system.

Dette er særlig relevant i helsesektoren, hvor innovasjon ofte involverer mange gjensidig avhengige aktører, nivåer og infrastrukturer (Greenhalgh et al., 2017; Aanestad et al., 2017). Litteraturen viser at utvikling og implementering av nye løsninger ikke bare handler om teknologi, men også om organisatoriske, profesjonelle og institusjonelle prosesser. Funnene fra Health2B viser hvordan en innovasjonsarena kan bidra til å håndtere noe av denne kompleksiteten ved å etablere rom for dialog, læring og relasjonsbygging på tvers av etablerte grenser.

Revideringen av partnerskapsmodellen i studieperioden understøtter også at arenaens funksjon som koblingsboks ikke bare handler om å samle aktører, men om hvordan deltakelsen organiseres. Arbeidet med å tydeliggjøre hvem som skulle være partnere, hvile forventninger som lå til aktiv deltakelse, og hvordan partnerskapet kunne balanseres, viser at arenaens evne til å fungere som koblingsboks avhenger av mer enn åpen tilgang og fysisk møteplass. Koblingsfunksjonen må organiseres gjennom bevisste valg om aktørsammensetning, forpliktelse og deltakelsesformer.

Nøytralitet fremstår som en særlig viktig mekanisme. Informantene beskriver Health2B som en arena der aktørene kan møtes uten at samhandlingen umiddelbart knyttes til salg, anskaffelser eller formelle beslutningsprosesser. Dette er i tråd med Roehrich et al. (2014), som fremhever at offentlig-private samarbeid ikke bare må forstås som kontraktsbaserte relasjoner, men også som relasjonelle og organisatoriske samarbeidsformer der tillit, læring og samhandling over tid er sentralt. Studien viser dermed at fravær av formelle bindinger ikke bare er et fravær av struktur, men kan fungere som en aktiv muliggjørende mekanisme for tidlig dialog. I en helsesektor preget av ulike organisatoriske logikker og ulikt handlingsrom bidrar slike mekanismer til å redusere avstand mellom aktørene.

Samtidig peker analysen på en grunnleggende spenning. Den åpne og nøytrale karakteren som gjør Health2B egnet som koblingspunkt, kan også gjøre det vanskeligere å etablere tydelig ansvar og videre oppfølging. Dersom arenaen hadde vært tettere koblet til anskaffelser, beslutninger eller formelle prosjektløp, kunne den mistet noe av sin lave terskel og nøytralitet. Samtidig er det nettopp fraværet av slike koblinger som gjør overgangen fra dialog til handling krevende. Dette viser at innovasjonsarenaer må balansere mellom å være åpne nok til å skape tillit og strukturerte nok til å støtte videre handling.

Samlet nyanserer dette forståelsen av innovasjonsarenaer som fysiske møteplasser. Funnene viser at slike arenaer også må forstås som organiserte koblingspunkt der relasjonelle, kognitive og institusjonelle avstander kan reduseres. Samtidig sikrer ikke denne koblingsfunksjonen i seg selv innovasjon. De mekanismene som gjør det lettere å møtes og snakke sammen, er ikke nødvendigvis de samme som gjør det mulig å ta samarbeidet videre. Innovasjonsarenaer som Health2B bør derfor forstås som muliggjørende, snarere enn direkte drivende, mekanismer i innovasjonsprosesser.

7.2 Verdiskaping som mellomliggende og prosessuell

Et sentralt bidrag fra studien er at verdiskapingen i Health2B i stor grad fremstår som både mellomliggende og prosessuell. Med mellomliggende verdi menes verdi som oppstår før konkrete innovasjonsutfall kan observeres, men som likevel kan være en viktig forutsetning for at innovasjon senere skal realiseres. Dette kan for eksempel være nye relasjoner, tilgang til relevante aktører, økt innsikt i behov og bedre forståelse av andres rammebetingelser. Med prosessuell verdi menes verdi som utvikles gjennom selve samhandlingsprosessen, for eksempel gjennom dialog, tillit, læring og utvikling av felles problemforståelse. Verdien ligger dermed ikke nødvendigvis i ferdige løsninger eller implementerte prosjekter, men i de relasjonelle og organisatoriske forutsetningene som bygges opp over tid. Dette samsvarer med forskning på offentlig-private innovasjonspartnerskap, som fremhever at slike initiativer ofte skaper verdi gjennom prosesser, relasjoner og læring, snarere enn gjennom direkte og målbare utfall (Hammond et al., 2021; Villani et al., 2017).

Dette innebærer at verdiskaping i Health2B ikke kan reduseres til én enkelt type verdi. Analysen viser at verdien fremstår som relasjonell gjennom utvikling av tillit og nettverk, kunnskapsmessig gjennom økt innsikt i behov og handlingsrom, strategisk gjennom bidrag til å forme problemforståelser, og potensielt samfunnsmessig ved at bedre samhandling kan legge grunnlag for mer sammenhengende løsninger i helsetjenesten. Studien bidrar dermed til en bredere forståelse av verdiskaping, hvor ulike verdidimensjoner virker sammen over tid.

Samtidig viser analysen at disse verdiformene ikke nødvendigvis kommer alle aktører likt til gode, eller automatisk omsettes i konkrete resultater. Kivleniece og Quelin (2012) peker på at offentlig-private samarbeid både handler om verdiskaping og verdikapring, og at det ikke alltid er sammenfall mellom felles verdi og den verdien den enkelte aktør får ut av samarbeidet. I

Health2B blir dette tydelig ved at arenaen skaper kontaktflater og innsikt som kan gjøre fremtidige samarbeid mer sannsynlige, men det er ikke gitt at disse kontaktflatene utvikler seg til konkrete prosjekter, implementeringer eller gevinster for alle involverte aktører.

Dette peker på en sentral utfordring knyttet til hvordan mellomliggende verdiformer kan omsettes i konkrete innovasjonsutfall. På den ene siden understreker både litteraturen og funnene betydningen av tillit, læring og koordinering i innovasjonsprosesser. På den andre siden viser analysen at slike verdier kan bli værende på et mellomliggende nivå, uten nødvendigvis å føre til konkret handling. Sammenhengen mellom samhandling og innovasjon fremstår derfor som mer indirekte og usikker enn det ofte legges til grunn. Dette samsvarer med Hammond et al. (2021), som viser at offentlig-private innovasjonsprogrammer ofte vurderes positivt ut fra læring, aktivitet og spredningspotensial, selv når konkrete resultater er vanskeligere å dokumentere. I Health2B er dette relevant fordi mye av verdien ligger i relasjoner, innsikt og felles problemforståelse, samtidig som det fortsatt er nødvendig å undersøke hvordan slike verdier kan videreføres og omsettes i praksis.

Denne usikkerheten henger også sammen med at verdiskaping ikke nødvendigvis forstås likt av ulike aktører. Lehoux et al. (2022) viser at aktører i helseinnovasjonssystemet ofte har ulike forståelser av hva som utgjør verdi, mens institusjonell teori viser hvordan ulike logikker former hva aktører oppfatter som relevant, legitimt og ønskelig (Besharov & Smith, 2014). Dette gjenspeiles i analysen av Health2B, hvor aktørene vektlegger ulike former for verdi avhengig av egen rolle og posisjon i helseinnovasjonssystemet. Samtidig viser analysen at enkelte verdiformer går på tvers av aktørgruppene. Økt innsikt i andres rammebetingelser, sterkere relasjoner og bedre samhandling fremstår som verdifullt både for offentlige og private aktører.

Studien viser også at denne typen verdi er krevende å evaluere. Dersom Health2B vurderes ut fra antall implementerte løsninger eller konkrete innovasjonsutfall, kan sentrale prosessuelle bidrag bli undervurdert. På den andre siden kan en ensidig vektlegging av aktivitet, deltakelse og tilfredshet føre til at betydningen av samhandling overvurderes, uten at man vet om den faktisk fører til endring. En ytterligere utfordring er knyttet til attribusjon, altså i hvilken grad konkrete resultater faktisk kan tilskrives arenaen. Ideer og relasjoner som oppstår i Health2B kan videreutvikles av enkeltaktører utenfor arenaen, noe som gjør det vanskelig å avgjøre om etterfølgende prosjekter og løsninger er et direkte resultat av samhandlingen i Health2B.

Denne spenningen kommer særlig til uttrykk i arenaens arbeid med måling og evaluering, hvor tradisjonelle KPI-er i liten grad oppleves som dekkende. I løpet av studieperioden har det i stedet utviklet seg en tilnærming som skiller mellom ledende og etterslepene indikatorer. Dette kan forstås som et forsøk på å håndtere spenningen mellom prosessuelle bidrag og mer langsiktige resultater. Funnene fra Health2B viser dermed hvorfor et rent kontrakts- eller resultatbasert verdiperspektiv blir for begrenset. Mye av verdien aktørene opplever, oppstår før konkrete prosjekter etableres, gjennom relasjoner, innsikt og økt forståelse av handlingsrom. Hammond et al. (2021) advarer mot at innovasjonsprogrammer kan fremstå som vellykkede gjennom aktivitet, læring og spredningsambisjoner, uten at det nødvendigvis foreligger tydelig dokumentasjon på konkrete effekter. Dette understreker betydningen av Health2Bs skille mellom ledende og etterslepene indikatorer, der tidlige prosessuelle bidrag kan fanges opp uten å forveksles med realiserte innovasjonsutfall.

Dette gir et viktig bidrag til litteraturen om innovasjonsarenaer og offentlig-private samarbeid. Studien viser at verdiskaping i slike arenaer ikke bør forstås som en lineær bevegelse fra møteplass til innovasjon, men som en gradvis prosess der relasjonelle og organisatoriske forutsetninger utvikles over tid. Innovasjonsarenaers verdi ligger dermed ikke bare i hva de produserer direkte, men i hvordan de styrker systemets kapasitet til å samarbeide, lære og koordinere. Dette innebærer en forskyvning av fokus fra innovasjon som utfall til innovasjon som prosess.

7.3 Fra dialog til handling: samhandlingskapasitet og gjennomføringskapasitet

Et gjennomgående poeng i litteraturen er at innovasjon i komplekse kontekster forutsetter samspill mellom flere aktører, men også at dette samspillet må kobles til strukturer som muliggjør videre handling. Et sentralt funn i denne studien er at Health2B fungerer godt som møteplass for dialog, relasjonsbygging og læring, men i mindre grad som en mekanisme for å omsette samhandlingen i konkrete prosjekter, implementeringer eller løsninger.

Dette kan forstås i lys av Zimmer et al. (2014), som beskriver utviklingen av innovasjonsklynger som en bevegelse fra tidlige faser preget av relasjonsbygging, tillit og felles forståelse, til mer modne faser der koordinering, arbeidsdeling og konkrete handlingsplaner blir viktigere. Selv om Zimmer et al. tar utgangspunkt i innovasjonsklynger, kan perspektivet

overføres til innovasjonsarenaer fordi begge organiseringsformene søker å strukturere samhandling mellom ulike aktører over tid. Funnene fra Health2B viser at arenaen i stor grad lykkes med de tidlige og relasjonelle funksjonene, men at overgangen til en mer handlingsorientert fase fortsatt fremstår som krevende.

Dette peker på et analytisk skille mellom samhandlingskapasitet og gjennomføringskapasitet. Samhandlingskapasitet handler om evnen til å samle aktører, utvikle relasjoner, bygge tillit og etablere en felles problemforståelse. Gjennomføringskapasitet forutsetter derimot tydelig eierskap, beslutningsmyndighet, ressurser og strukturer som kan bringe initiativer videre mot implementering. Dette skillet kommer til uttrykk i Health2Bs evne til å legge til rette for dialog, relasjoner og felles problemforståelse, samtidig som videreføring ofte avhenger av partnerorganisasjonenes egne beslutninger, ressurser og prioriteringer.

Sett i lys av Villani et al. (2017) peker analysen mot en ubalanse mellom dimensjonene ressurser, prosesser og styring. Health2B mobiliserer viktige ressurser i form av nettverk, møteplasser, kunnskap og aktørenes ulike kompetanser. Arenaen har også sterke prosessuelle kvaliteter, ved å legge til rette for dialog, relasjonsbygging og utvikling av felles forståelse. Samtidig fremstår koblingen til styringsdimensjonen som svakere, særlig når det gjelder ansvar, finansiering og videreføring av initiativer. Utfordringen handler dermed ikke nødvendigvis om mangel på ressurser eller samhandling, men om hvordan disse kobles til strukturer som kan sikre oppfølging og realisering over tid.

Et økosystemperspektiv bidrar til å forklare hvorfor dette gapet oppstår. Adner (2017) viser at verdiskaping i innovasjonsøkosystemer er betinget av at ulike aktører leverer komplementære bidrag på riktig tidspunkt og i riktig rekkefølge. Utfordringen handler dermed ikke primært om mangel på gode ideer eller vilje til samarbeid, men om koordineringsrisiko. Selv når aktører utvikler en felles forståelse av et problem, er det ikke nødvendigvis klart hvem som skal gjøre hva videre, hvordan initiativer skal finansieres, eller hvordan de skal kobles til beslutnings- og implementeringsløp.

Analysen viser også at gjennomføringskapasitet ikke bare handler om interne prosesser i Health2B, men om hvilke aktører som er koblet på arenaen. At flere aktører senere har kommet inn som partnere, illustrerer hvordan arenaens aktørsammensetning kan utvikles over tid for å styrke koblingen mellom dialog, teknologisk kompetanse og mulig realisering. Dette peker på

at Health2Bs verdiskaping ikke bare avhenger av evnen til å skape gode møteplasser, men også av om arenaen klarer å involvere aktører med handlingsrom, beslutningsnærhet og ansvar for videre implementering.

Samhandlingslaben kan forstås som et konkret eksempel på hvordan Health2B kan styrke gjennomføringskapasitet gjennom praktisk samarbeid mellom flere aktører. Laben er etablert som et felles arbeidsrom der ansatte fra Oslo universitetssykehus og Oslo kommune arbeider side om side med digital hjemmeoppfølging og datadeling. Dette tar samhandlingen et steg videre fra dialog og relasjonsbygging til mer konkret utviklingsarbeid, der aktørene får praktisk erfaring med nye samhandlingsmodeller mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samtidig illustrerer eksempelet at gjennomføring i helsesektoren ikke bare handler om å etablere gode samarbeidsformer, men også om å koble disse til de organisatoriske, teknologiske og institusjonelle strukturene som implementering avhenger av.

Denne innsikten forsterkes av forskning på implementering i helsesektoren. Greenhalgh et al. (2017) viser at innovasjon ikke bare handler om utvikling av løsninger, men om hvordan disse integreres i eksisterende organisasjoner, arbeidsprosesser, infrastrukturer og profesjonelle praksiser. Tilsvarende peker Aanestad et al. (2017) på at digitale løsninger utvikles gjennom gjensidig avhengige prosesser over tid, ofte knyttet til etablerte infrastrukturer. Dette innebærer at mange av problemene innovasjonsarenaer arbeider med, er strukturelle og systemiske, snarere enn avgrensede og lett implementerbare.

I lys av dette fremstår overgangen fra samhandling til implementering som en egen fase med særskilte utfordringer. Åpenhet, fleksibilitet og lav terskel for deltakelse kan være effektive mekanismer i tidlige og utforskende faser, men er ikke nødvendigvis tilstrekkelig når initiativer skal konkretiseres og realiseres. Da blir det behov for tydeligere ansvarliggjøring, prioritering, finansiering og forpliktelse, samt koblinger til eksisterende organisasjoner, infrastrukturer og beslutningsprosesser (Greenhalgh et al., 2017; Aanestad et al., 2017; Villani et al., 2017). Funnene fra Health2B gjenspeiler dette ved at arenaen fungerer godt for dialog, idéutvikling og relasjonsbygging, samtidig som overgangen til konkret implementering fremstår mer krevende.

På denne måten kan innovasjonsarenaer forstås som strukturer som i stor grad bidrar til å bygge samhandlingskapasitet, men som i mindre grad alene kan sikre gjennomføring. Dersom slike arenaer skal bidra til realisert innovasjon, må de kobles til mekanismer som kan ta initiativer

videre, for eksempel beslutningsfora, finansieringsordninger, prosjektorganisering eller implementeringsstrukturer. Dette innebærer en forskyvning av forklaringen fra aktørnivå til systemnivå: Utfordringen er ikke primært manglende vilje til samarbeid, men manglende kobling mellom samhandling og gjennomføring.

7.4 Institusjonell kompleksitet som ressurs og barriere

Litteraturgjennomgangen viste at innovasjonsarenaer i helsesektoren opererer i en kontekst preget av organisatorisk, profesjonell og regulatorisk kompleksitet (Currie, 2011; Greenhalgh et al., 2017). Offentlig-private samarbeid kan forstås som hybride organisasjonsformer der ulike mål, ressurser og institusjonelle rammer møtes (Roehrich et al., 2014; Villani et al., 2017). Funnene fra Health2B bekrefter dette, men viser også hvordan institusjonell kompleksitet både kan være en kilde til verdi og en kilde til friksjon.

I Health2B kommer institusjonell kompleksitet særlig til uttrykk gjennom møtet mellom offentlig logikk, profesjonslogikk og markedsløggikk. Den offentlige logikken vektlegger samfunnsansvar, legitimitet, regulering og likebehandling. Profesjonslogikken vektlegger faglig kvalitet, pasientsikkerhet, klinisk relevans og praktisk arbeidshverdag. Markedsløggikken vektlegger tempo, skalerbarhet, posisjonering og kommersiell bærekraft. Disse logikkene er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, men de skaper ulike forventninger til hva samhandling skal føre til, og hvordan verdi bør forstås.

Villani et al. (2017) viser at slike hybride samarbeid kan skape verdi fordi de kombinerer komplementære ressurser. Dette støttes av funnene fra Health2B. Arenaen blir verdifull nettopp fordi ulike aktører bringer inn ulike perspektiver. Offentlige aktører bidrar med innsikt i systembehov, regulering og samfunnsoppdrag. Profesjonsaktører bidrar med praksisnær forståelse av behov, kvalitet og arbeidsflyt. Private aktører bidrar med teknologiforståelse, utviklingskapasitet og løsningsorientering. I møtet mellom disse perspektivene kan nye innsikter og samarbeidsmuligheter oppstå.

Samtidig viser funnene at de samme forskjellene også skaper friksjon. Dette er i tråd med Roehrich et al. (2014), som peker på at offentlig-private samarbeid reiser spørsmål om styring, ansvarlighet og maktbalanse. I Health2B kommer dette til uttrykk i ulike forståelser av verdi, tempo og legitim handling. For noen aktører er relasjoner, læring og langsiktig koordinering

verdifulle resultater. For andre er verdien mer knyttet til konkrete prosjekter, markedsmuligheter eller raskere implementering. Disse ulike forventningene kan skape spenning når arenaens utbytte vurderes.

Arbeidet med strategirammeverket illustrerer denne spenningen. Bevegelsen fra tradisjonelle KPI-er til en bredere målstruktur med ledende og etterslepende indikatorer kan forstås som et forsøk på å oversette mellom ulike forventninger til verdi. På den ene siden finnes det et behov for å synliggjøre konkrete resultater. På den andre siden er det behov for å anerkjenne mer prosessuelle og langsiktige verdiformer, som tillit, relasjoner, læring og økt forståelse.

Dette kan også forstås i lys av institusjonell teori, hvor regulative, normative og kulturelle rammer påvirker hva som oppfattes som legitimt og mulig (Currie, 2011). Offentlige aktører kan ikke uten videre gå inn i tette leverandørsamarbeid uten å hensynta anskaffelsesregler og likebehandling. Kliniske aktører kan ikke vurdere løsninger kun ut fra innovasjonspotensial dersom pasientsikkerhet og arbeidsflyt er usikre. Private aktører kan ikke delta i uforpliktende dialog på ubestemt tid dersom det ikke finnes utsikter til kommersiell eller strategisk verdi. Dermed former logikkene ikke bare aktørenes perspektiver, men også deres handlingsrom.

Studien viser likevel at institusjonell kompleksitet ikke bare er et problem. Kodeih og Greenwood (2014) viser at institusjonell kompleksitet kan gi tilgang til ulike forståelser og ressurser, samtidig som den skaper behov for avveining og håndtering av motstridende krav. Dette illustrerer Health2B i praksis. Arenaen fungerer som en oversettelsesarena der aktører kan gjøre egne perspektiver forståelige for andre, utfordre forestillinger om «den andre» og utvikle mer helhetlige problemforståelser.

Et sentralt skille i materialet går mellom det å utvikle felles forståelse og det å omsette denne forståelsen til handling. Health2B bidrar særlig til det første, ved at aktørene får bedre innsikt i hverandres språk, behov, rammebetingelser, begrensninger og muligheter. Dette er viktig i et felt der misforståelser og stereotype forestillinger kan hindre samarbeid på tvers av sektorer. Samtidig viser funnene at økt forståelse ikke automatisk fører til felles beslutninger, finansiering eller ansvar for videre oppfølging. Aktørene kan dermed få bedre innsikt i hverandres perspektiver, uten at det nødvendigvis etableres et tydelig mandat eller en konkret vei videre.

Dette nyanserer en mulig antakelse om at økt forståelse og tillit automatisk reduserer barrierer for samarbeid. Studien viser at forståelse er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Institusjonell kompleksitet kan bearbeides gjennom dialog, men den oppheves ikke. Ulike aktører vil fortsatt være bundet av ulike ansvarslinjer, reguleringer, profesjonelle normer og økonomiske insentiver. Health2B kan dermed håndtere kompleksitet, men ikke alene løse den.

Et sentralt bidrag fra studien er derfor at den viser hvordan innovasjonsarenaer i institusjonelt komplekse felt bør forstås som steder der logikker oversettes og forhandles, snarere enn steder der forskjeller forsvinner. Verdien ligger ikke i at alle aktører utvikler samme forståelse, men i at de får bedre innsikt i hvorfor andre aktører forstår verdi, risiko og fremdrift annerledes. Dette kan styrke samhandlingskapasiteten, men realisering av verdi krever fortsatt strukturelle mekanismer for beslutning og gjennomføring.

7.5 Implikasjoner for utvikling og evaluering av innovasjonsarenaer

Funnene har implikasjoner for hvordan innovasjonsarenaer i helsesektoren bør forstås, utvikles og evalueres. For det første peker studien på at slike arenaer bør forstås som en del av et bredere innovasjonssystem, snarere enn som selvstendige drivere for innovasjon. Health2B bidrar særlig i tidlige faser ved å legge til rette for samhandling, læring og utvikling av felles problemforståelse. Verdien ligger derfor i stor grad i å styrke forutsetningene for innovasjon, ikke nødvendigvis i å produsere ferdige løsninger direkte.

For det andre viser studien at verdien av slike arenaer avhenger av hvordan de kobles til strukturer for videreføring og implementering. I tråd med Villani et al. (2017) fremstår styringsdimensjonen som særlig sentral. Koblinger til beslutningsmyndighet, finansiering og organisatorisk forankring er avgjørende for å omsette samhandling i handling. Svake koblinger til ansvar, oppfølging og videreføring kan bidra til at samhandling i mindre grad materialiseres i konkrete resultater.

For det tredje viser studien at aktørmangfold alene ikke er tilstrekkelig. Litteraturen fremhever betydningen av komplementære ressurser og aktørmangfold (Porter, 1998; Zimmer et al., 2014; Roehrich et al., 2014). Funnene fra Health2B viser imidlertid at mangfold må suppleres med handlingsrom, beslutningsmyndighet og evne til oppfølging for å få praktisk betydning. Det er

derfor ikke bare viktig hvem som deltar, men også hvilken rolle de har, hvilket mandat de bringer inn, og hvordan de kan bidra til videre realisering.

For det fjerde peker studien på behovet for å tydeliggjøre innovasjonsarenaers ambisjonsnivå. Dersom hovedrollen er å styrke relasjoner, koordinering og felles forståelse, kan dette forstås som en legitim og viktig form for verdiskaping. Samtidig kan uklarhet om hva arenaen faktisk skal levere, bidra til ulike forventninger blant aktørene og dermed skape friksjon. Innovasjonsarenaer bør derfor være tydelige på om de primært skal fungere som møteplass, utviklingsarena, prosjektgenerator eller implementeringsstøtte, eller hvordan disse rollene skal balanseres.

Dette har også implikasjoner for evaluering. Dersom innovasjonsarenaer utelukkende vurderes ut fra konkrete innovasjonsutfall, risikerer man å undervurdere viktige mellomliggende verdier som tillit, læring, nettverk og felles problemforståelse. Samtidig kan en ensidig vektlegging av aktivitet, deltakelse og tilfredshet overvurdere arenaens betydning dersom disse prosessene ikke leder til videre handling. Det er derfor behov for evalueringsformer som skiller mellom prosessuelle verdier og realiserte resultater. Skillet mellom ledende og etterslepene indikatorer kan være nyttig i denne sammenhengen, fordi det gjør det mulig å fange opp både tidlige tegn på verdi og mer langsiktige effekter.

Samlet peker dette mot at innovasjonsarenaer bør utvikles i tett samspill med det bredere systemet av beslutninger, finansiering og implementering, uten å miste den åpenheten og nøytraliteten som gjør dem verdifulle som samhandlingsarenaer. Utfordringen er derfor ikke å gjøre slike arenaer til tradisjonelle prosjektorganisasjoner, men å skape bedre koblinger mellom arenaens samhandlingskapasitet og systemets gjennomføringskapasitet.

7.6 Oppsummering

Diskusjonen har vist at Health2B både bekrefter og nyanserer sentrale poeng i litteraturen om innovasjonsklynger, offentlig-private samarbeid og innovasjon i komplekse helsesystemer. Studien bekrefter at nærhet, relasjoner, tillit og gjensidig forståelse er viktige forutsetninger for samhandling og verdiskaping (Porter, 1998; Zimmer et al., 2014; Roehrich et al., 2014). Den bekrefter også at innovasjon i helsesektoren er avhengig av koordinering mellom gjensidig

avhengige aktører, ressurser og systemnivåer (Adner, 2017; Greenhalgh et al., 2017; Aanestad et al., 2017).

Samtidig viser studien at det først og fremst er samhandlingskapasitet som bygges gjennom slike mekanismer. Health2B skaper viktige mellomliggende verdier i form av relasjoner, tillit, læring, felles språk, strategisk orientering og økt forståelse av andres rammebetingelser. Disse verdiene er reelle og viktige, men de gir ikke automatisk gjennomføringskapasitet. For at verdien skal realiseres i praksis, må samhandlingen kobles til ansvar, mandat, finansiering, beslutningsmyndighet og implementeringsstrukturer.

Diskusjonen har videre vist at institusjonell kompleksitet både er en ressurs og en barriere. Ulike logikker gir tilgang til komplementære perspektiver og ressurser, men skaper samtidig ulike forståelser av verdi, tempo, risiko og legitim handling. Health2B fungerer derfor som en oversettelsesarena der slike forskjeller kan synliggjøres og bearbeides. Samtidig viser studien at kognitiv koordinering ikke automatisk gir operasjonell koordinering. Aktørene kan forstå hverandre bedre uten at de nødvendigvis får felles mandat, finansiering eller ansvar for videre handling.

På denne måten bidrar studien til en mer nyansert forståelse av innovasjonsarenaers rolle i helsesektoren. De bør verken forstås som rene møteplasser uten betydning for innovasjon, eller som selvstendige motorer som alene kan løse komplekse systemutfordringer. Snarere bør de forstås som koblingspunkt som kan styrke samhandlingskapasiteten i innovasjonssystemet, men som må kobles til gjennomføringsstrukturer dersom verdien skal realiseres som konkrete endringer i praksis.

8. Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvordan innovasjonsarenaen Health2B kan bidra til verdiskaping og samhandling mellom offentlige og private aktører i norsk helsesektor. For å belyse dette har studien tatt utgangspunkt i tre underspørsmål: Hvilke former for verdi opplever deltakerne at Health2B gir, og hvordan kommer denne verdiskapingen til uttrykk? Hvordan fungerer samhandlingen mellom aktørene i praksis, og hvilke barrierer og muligheter oppstår i samarbeidet? Og på hvilken måte kan erfaringene fra Health2B gi ny innsikt i hvordan innovasjonsarenaer kan styrke offentlig-privat samarbeid i helsesektoren?

Gjennom en kvalitativ casestudie basert på intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse har studien vist at Health2B særlig bidrar ved å bygge samhandlingskapasitet i et fragmentert helseinnovasjonsøkosystem. Arenaen skaper verdi gjennom relasjoner, læring, tillit, felles problemforståelse og strategisk orientering. Samtidig viser analysen at overgangen fra dialog og samhandling til realisert verdi er krevende. Health2B legger til rette for innovasjon, men sikrer ikke alene at samhandling utvikles til konkrete prosjekter, implementerte løsninger eller målbare effekter.

Studien viser for det første at verdiskapingen i Health2B er sammensatt og kommer til uttrykk på flere nivåer. Arenaen skaper relasjonell verdi gjennom nettverk, tillit og kontaktflater, kunnskapsmessig verdi gjennom læring, innsikt og forståelse av andres handlingsrom, strategisk verdi gjennom agenda-setting og påvirkning av problemforståelse, og potensielt samfunnsmessig verdi gjennom å styrke forutsetningene for mer helhetlige tjenester og mer målrettet bruk av teknologi. Disse verdiformene er viktige, men har ofte en mellomliggende og prosessuell karakter. De bygger forutsetninger for videre samarbeid og innovasjon, men materialiserer seg ikke nødvendigvis direkte i konkrete prosjekter eller implementerte løsninger.

For det andre viser studien at samhandling i Health2B muliggjøres gjennom et samspill mellom nøytralitet, gjentatt interaksjon, tillit, gjensidig forståelse og brobygging mellom aktører, sektorer og forståelsesrammer. Arenaen fungerer som et koblingspunkt der aktører med ulike roller, interesser og handlingsbetingelser kan møtes uten at dialogen umiddelbart knyttes til salg, anskaffelser eller formelle beslutninger. Dette reduserer relasjonelle, organisatoriske og institusjonelle avstander, og skaper rom for læring, dialog og felles problemforståelse.

Samtidig viser studien at flere barrierer begrenser overgangen fra samhandling til realisert verdi. Disse barrierene handler særlig om svake koblinger mellom dialog og handling, varierende organisatorisk forankring hos partnerne, aktørsammensetning, ulike mål og forventninger, samt strukturelle forhold i helsesektoren, som anskaffelsesregler, finansieringsmodeller, datadeling og fragmentering. Health2B lykkes dermed godt med å skape samhandlingskapasitet, men har mer begrenset innflytelse på gjennomføringskapasitet. Mulighetene som oppstår i arenaen, er derfor avhengige av at relasjoner, innsikt og initiativer kobles til tydelig ansvar, oppfølging og implementeringsstrukturer.

For det tredje gir erfaringene fra Health2B innsikt i hvordan innovasjonsarenaer kan styrke offentlig-privat samarbeid i helsesektoren. Studien viser at slike arenaer kan fungere som organisatoriske koblingspunkt i komplekse helseinnovasjonssystemer. De kan skape rom for tillit, læring, oversettelse og felles problemforståelse på tvers av offentlige, private og profesjonsorienterte logikker. Samtidig bør innovasjonsarenaer ikke forstås som selvstendige innovasjonsmotorer som alene kan løse komplekse systemutfordringer. Deres viktigste bidrag ligger snarere i å styrke forutsetningene for videre verdiskaping.

På bakgrunn av dette kan studiens hovedspørsmål besvares ved å si at Health2B bidrar til verdiskaping og samhandling ved å fungere som et nøytralt koblingspunkt som bygger relasjoner, tillit, kunnskap, felles språk og strategisk orientering mellom aktører i helsesektoren. Arenaen skaper verdi ved å redusere avstand mellom aktører og legge til rette for felles forståelse av behov, utfordringer og muligheter. Samtidig er denne verdien i stor grad betinget av at innsikt, relasjoner og initiativer tas videre i partnerorganisasjonene og i det bredere helsesystemet.

Studien viser også at Health2B opererer i en institusjonelt kompleks kontekst. Offentlige aktører, profesjonsaktører og private virksomheter går inn i samarbeidet med ulike mål, tidshorisonter, legitimitetskrav og forståelser av verdi. Denne kompleksiteten er både en ressurs og en barriere. Den gir tilgang til komplementære perspektiver og ressurser, men skaper samtidig friksjon knyttet til tempo, ansvar, risiko og hva som teller som relevante resultater. Health2B kan derfor forstås som en oversettelsesarena der ulike logikker kan møtes, synliggjøres og bearbeides, men ikke nødvendigvis løses.

Videre viser studien at Health2B i studieperioden var i en modningsprosess. Arbeidet med strategirammeverk, målstruktur og revidering av partnerskapsmodellen kan forstås som forsøk på å tydeliggjøre arenaens rolle, verdi, forventninger og former for oppfølging. Dette viser at Health2B ikke bare er en arena der samhandling finner sted, men også en arena som selv utvikler organisatoriske strukturer for å håndtere utfordringer knyttet til verdiskaping, deltakelse og videreføring.

Samlet sett bidrar studien med en empirisk forankret forståelse av hvordan innovasjonsarenaer fungerer i praksis i helsesektoren. Studien viser at slike arenaer verken bør forstås som rene møteplasser uten betydning for innovasjon, eller som selvstendige innovasjonsmotorer som alene kan løse komplekse systemutfordringer. Snarere bør de forstås som koblingspunkt som kan styrke samhandlingskapasiteten i innovasjonssystemet. For at denne verdien skal realiseres som konkrete endringer i praksis, må arenaene kobles tydeligere til gjennomføringsstrukturer i organisasjonene og helsesystemet rundt dem.

Funnene må samtidig forstås i lys av studiens metodiske avgrensninger. Studien bygger på én kvalitativ casestudie, og hoveddelen av materialet består av erfaringer fra partnere og aktører med kjennskap til Health2B. Studien gir derfor dybdeinnsikt i hvordan arenaen fungerer i praksis, men gir ikke grunnlag for direkte generalisering til alle innovasjonsarenaer i helsesektoren.

8.1 Videre forskning

Denne studien åpner for flere retninger for videre forskning. Siden mange av verdiene som skapes i Health2B er relasjonelle, prosessuelle og mellomliggende, vil det være særlig relevant å undersøke innovasjonsarenaer over lengre tid. Longitudinelle studier kan gi bedre innsikt i om, hvordan og under hvilke betingelser slike verdier utvikler seg til konkrete prosjekter, implementerte løsninger eller endringer i praksis. Dette kan bidra til å belyse dynamikken mellom dialog, samhandlingskapasitet og gjennomføringskapasitet over tid.

Det vil også være nyttig med komparative studier av flere innovasjonsarenaer eller samarbeidsmodeller i helsesektoren. Sammenligning av ulike arenaer kan gi bedre innsikt i hvordan organisatorisk design, aktørsammensetning, styringsformer og grad av kobling til beslutnings- og implementeringsstrukturer påvirker verdiskaping. Slike studier kan bidra til å

identifisere hvilke betingelser som gjør at innovasjonsarenaer lykkes med å gå fra samhandling til realisert verdi.

Et sentralt tema for videre forskning er hvordan konkrete styringsmekanismer, finansieringsmodeller, insentivstrukturer og anskaffelsesprosesser påvirker innovasjonsarenaers gjennomføringskapasitet. Denne studien viser at samhandling alene ikke er tilstrekkelig dersom den ikke kobles til ansvar, mandat og ressurser. Mer kunnskap om hvordan slike koblinger kan organiseres, vil kunne gi viktige bidrag både til forskning på offentlig-private samarbeid og til praktisk utvikling av innovasjonsarenaer i helsesektoren.

Videre er det behov for mer kunnskap om hvordan innovasjonsarenaer kan evalueres på måter som fanger både mellomliggende og realisert verdi. Health2Bs arbeid med ledende og etterslepene indikatorer peker på behovet for evalueringsmodeller som kan fange relasjoner, læring, tillit, felles problemforståelse og samhandlingskapasitet, samtidig som de også undersøker om disse prosessene over tid fører til implementering, endringer i praksis eller strukturelle forbedringer.

Fremtidig forskning kan også med fordel inkludere et bredere spekter av aktørperspektiver, særlig pasienter, brukere, fastleger, klinikere, implementeringsaktører og beslutningstakere. Denne studien viser at aktørsammensetning har betydning for hvilken verdi som skapes, og at enkelte perspektiver kan være svakt representert i slike arenaer. Studier som inkluderer flere av disse aktørene, kan gi en mer helhetlig forståelse av hvordan innovasjonsarenaer påvirker problemforståelse, legitimitet, behovsforankring og realisering av verdi.

Til slutt vil det være interessant å undersøke innovasjonsarenaer som del av et bredere økosystem av initiativer, nettverk og samarbeidsstrukturer. Denne studien viser at Health2B ikke opererer isolert, men inngår i et landskap av delvis overlappende arenaer og initiativer. Fremtidig forskning kan derfor undersøke hvordan samspillet mellom ulike arenaer påvirker koordinering, ressursbruk og muligheten for å skape sammenhengende innovasjonsprosesser i helsesektoren.

Litteraturliste

- Aanestad, M., Grisot, M., Hanseth, O., & Vassilakopoulou, P. (2017). *Information Infrastructures within European Health Care*.
- Adner, R. (2017). Ecosystem as Structure: An Actionable Construct for Strategy. *Journal of Management*, 43(1), 39–58.
- Akhmetshina, E. R., & Mustafin, A. N. (2015). Public-private Partnership as a Tool for Development of Innovative Economy. *Procedia Economics and Finance*, 24, 35–40. [https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(15\)00609-7](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(15)00609-7)
- Besharov, M., & Smith, W. (2014). Multiple institutional logics in organizations: explaining their varied nature and implications. *The Academy of Management Review*, 39(3), 364–381. <https://doi.org/10.5465/amr.2011.0431>
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). *Public Value Governance: Moving beyond Traditional Public Administration and the New Public Management*. <https://doi.org/10.1111/puar.12238>
- Burton-Jones, A., Akhlaghpour, S., Ayre, S., Barde, P., Staib, A., & Sullivan, C. (2020). Changing the conversation on evaluating digital transformation in healthcare: Insights from an institutional analysis. *Information and Organization*, 30(1), 100255. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2019.100255>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Casprini, E., & Palumbo, R. (2022). *Reaping the benefits of digital transformation through Public-Private Partnership: A service ecosystem view applied to healthcare*. 2, 453–476. <https://doi.org/10.1007/s43508-022-00056-9>
- Crosby, B., Torfing, J., & Hart, P. (2016). Public Management Review Public value creation through collaborative innovation. *Public Management Review*. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1192165>
- Currie, W. L. (2011). Institutional Theory of Information Technology. In R. D. Galliers & W. L. Currie (Eds.), *The Oxford Handbook of Management Information Systems: Critical Perspectives and New Directions*.
- Direktoratet for e-helse. (2021). *Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet*.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A’Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and

- Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Hammond, J., Bailey, S., Gore, O., Checkland, K., Darley, S., & Blakeman, T. (2021). The Problem of Success and Failure in Public-private Innovation Partnerships. *Journal of Social Policy*, 51(4), 771–791. <https://doi.org/10.1017/s0047279421000192>
- Health2B. (u.å.-a). *Health2B: Bygger bro mellom det offentlige og private*. Hentet 14. januar 2026, fra <https://health2b.no/om-oss-2/>
- Health2B. (u.å.-b). *Hvordan samhandler vi i Health2B – verdier og verdikompass*. Hentet 14. januar 2026, fra <https://health2b.no/hvordan-samhandler-vi-i-health2b-verdier-og-verdikompass/>
- Health2B. (2023). *Progress report 2023*. Health2B. https://health2b.no/wp-content/uploads/2024/04/Health2b-progress-report-2023_lowres.pdf
- Health2B. (2024). *Årsrapport 2024: Sammen skaper vi fremtidens helsetjeneste*. Health2B. <https://health2b.no/wp-content/uploads/2024/12/Health2B-Arsrapport-2024-1.pdf>
- Health2B. (2025a). *Årsrapport 2025: Sammen skaper vi fremtidens helsetjeneste*. Health2B. <https://health2b.no/wp-content/uploads/2025/12/Health2b-arsrapport2025.pdf>
- Health2B. (2025b). *Ny partnermodell Health2B - 2025-2028* [Intern presentasjon].
- Health2B. (2025c). *Strategirammeverk* [Internt arbeidsdokument].
- Helsedirektoratet. (2022). Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport for nasjonal utprøving 2018-2021. In *Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021>
- Helsedirektoratet. (2024). Digital hjemmeoppfølging. In *Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging/digital-hjemmeoppfolging>
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Berg, R. C., & Vist, G. E. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten: En systematisk oversikt* [Remote patient monitoring and resource utilisation in primary and specialist healthcare services: A systematic review]. Folkehelseinstituttet.
- Kivleniece, I., & Quelin, B. V. (2012). Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective

- Kodeih, F., & Greenwood, R. (2013). Responding to Institutional Complexity: The Role of Identity. *Organization Studies*, 35(1), 7–39. <https://doi.org/10.1177/0170840613495333>
- Lehoux, P., Rivard, L., & Silva, H. P. (2022). *Responsible innovation in health: concepts and tools for sustainable impact*. Palgrave Macmillan.
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Meld. St. 30 (2019–2020). En innovativ offentlig sektor: Kultur, ledelse og kompetanse. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- Myers, M. (1997). *Qualitative Research in Information Systems*.
- Myers, M. D., & Avison, D. E. (2002). *An Introduction to Qualitative Research in Information Systems*. Sage.
- NOU (2023:4). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Orlikowski, W. J., & Baroudi, J. J. (1991). Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions. *Information Systems Research*, 2(1), 1–28. <https://doi.org/10.1287/isre.2.1.1>
- Porter, M. (1998). *CLUSTERS AND THE NEW ECONOMICS OF COMPETITION*.
- Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113(113), 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- Røhnebæk, M. T. (2021). *Competing institutional logics in collaborative innovation: A case study*.
- Thornton, P. (2012). *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure and Process*.
- Tjora, A. (2023). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4th ed.). Gyldendal Akademisk.
- Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2013). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236–261. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380>

- Trbovich, P. (2014). Five Ways to Incorporate Systems Thinking into Healthcare Organizations. *Biomedical Instrumentation & Technology*, 48(s2), 31–36. <https://doi.org/10.2345/0899-8205-48.s2.31>
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink: Skritt for skritt* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Universitetet i Oslo. (2017). *Nettskjema diktafon-app*. Www.uio.no. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Universitetet i Oslo. (u.å.). *Oria - bibliotekets system for søk og bestilling - Universitetet i Oslo*. Www.uio.no. Retrieved November 11, 2025, from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/oria/>
- Universitetet i Oslo. (2018). *Klassifisering av data og informasjon*. Www.uio.no. <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagring/infoklasser.html>
- Villani, E., Greco, L., & Phillips, N. (2017). Understanding Value Creation in Public-Private Partnerships: A Comparative Case Study. *Journal of Management Studies*, 54(6), 876–905. <https://doi.org/10.1111/joms.12270>
- Walsham, G. (1995). Interpretive case studies in IS research: nature and method. *European Journal of Information Systems*, 4(2), 74–81. <https://doi.org/10.1057/ejis.1995.9>
- Walsham, G. (2006). Doing interpretive research. *European Journal of Information Systems*, 15(3), 320–330. <https://doi.org/10.1057/palgrave.ejis.3000589>
- Zimmer, B., Cardinal, J. S. L., Yannou, B., Cardinal, G. L., Piette, F., & Boly, V. (2014). A methodology for the development of innovation clusters: application in the healthcare sector. *International Journal of Technology Management*, 66(1), 57. <https://doi.org/10.1504/ijtm.2014.064017>

Vedlegg

Vedlegg 1: SIKT-godkjenning



Norsk ▾ Jenny Nysæther Gulbrandsen ▾

Meldeskjema / Innovasjonsklynger som drivkraft for digital hjemmeoppfølging: En casestudie av H... / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 04.09.2025 ▾

Referansenummer
697430

Type vurdering
Standard

Dato
04.09.2025

Tittel
Innovasjonsklynger som drivkraft for digital hjemmeoppfølging: En casestudie av Health2B

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Oslo / Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet / Institutt for informatikk

Prosjektansvarlig
Johan Ivar Sæbe

Student
Jenny Nysæther Gulbrandsen

Akademisk nivå
Master

Behandlingsperiode
10.09.2025 – 01.05.2026

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

- Navn
- Kontaktinformasjon
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

Lovlig grunnlag
Samtykke, jf. GDPR art. 6(1)(a)

Meldeskjema 

▼ Beskrivelse av behandlingen

^ Samlet vurdering

Vi har vurdert at behandlingen av personopplysninger oppfyller kravene i personvernregelverket. Vi gjør vurderinger på vegne av behandlingsansvarlig institusjon. Du må følge institusjonens retningslinjer for informasjonssikkerhet, og eventuelle vilkår i vurderingen.

Under datainnsamlingen kan det fremkomme alminnelige personopplysninger om tredjepersoner (ledere, andre samarbeidspartnere etc.). Den planlagte behandlingen av personopplysninger er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 e).

Ifølge art. 6 nr. 3 b) skal grunnlaget for slik behandling fastsettes nærmere i nasjonal rett. Personopplysningsloven § 8 stadfester at behandling av personopplysninger for arkiv-, forsknings- eller statistikkformål er i allmennhetens interesse og kan gjøres på grunnlag av art. 6 nr. 1 e). Prosjektet gjør nødvendige tiltak for å ivareta de registrertes rettigheter og friheter, jf. art. 89 nr. 1. I vår vurdering har vi lagt vekt på at det kun registreres alminnelige personopplysninger, omfanget personopplysninger er relativt lite og de anonymiseres fortløpende.

Tredjeperson får ikke informasjon fordi det vil innebære en uforholdsmessig stor innsats å informere, sett opp mot nytten av å bli informert (art. 14 nr. 5 b). Personopplysningene behandles til forskningsformål, og behandlingsansvarlig gjør egnede tiltak for å verne den registrertes rettigheter og friheter. I vår vurdering har vi lagt vekt på at personvernulempen er lav og forsker har ikke kontaktinformasjon.

Vedlegg 2: Intervjuguide for partnere

Intervjuguide for partnere i Health2B

Innledning

- Kort om prosjektet og formålet med intervjuet.
- Informert samtykke: frivillig deltakelse, anonymisering, mulighet til å trekke seg når som helst.

Bakgrunn

1. Kan du kort beskrive din rolle og tilknytning til Health2B?
2. Hva var din eller organisasjonens motivasjon for å delta i klyngen? Når ble dere med?
3. Hva mener du H2B gir av verdi for deres organisasjon?

Læring

4. Hva har dere lært gjennom Health2B som dere ikke ville fått ellers?
5. Hvordan har deltakelsen påvirket deres innovasjonsarbeid eller måten dere jobber på?
6. Kan du gi eksempler på ny kunnskap, innsikt eller kompetanse dere har fått via klyngen?

Samarbeid

7. Hvordan opplever du samarbeidet i Health2B generelt?
8. Har dere etablert nye samarbeid eller kontakter gjennom klyngen?
9. Opplever du bedre tilgang til relevante aktører (f.eks. kommune ↔ leverandør) etter at dere ble med?
10. Hvordan fungerer samhandlingen mellom offentlige og private aktører i klyngen?

Innovasjon

11. Har dere deltatt i eller startet prosjekter/piloter via Health2B?
12. Hvordan opplever dere klyngen som en arena for å teste og utvikle nye løsninger?
13. Har dere fått tilgang til brukere, testarenaer eller data som har bidratt til innovasjon?

Strategisk nytte

14. Hvordan passer deltakelsen i Health2B med deres langsiktige strategi og mål?
15. Hva er de viktigste grunnene til at dere ønsker å være med i klyngen?
16. Ville du/dere deltatt igjen? Hvorfor / hvorfor ikke?
17. Hva mener du må til for at Health2B skal gi enda større verdi for dere?

Relasjonsbygging (tillit og nettverk)

18. Hvordan vil du beskrive graden av tillit og åpenhet i klyngen?
19. Opplever du at kunnskap og erfaringer deles på en måte som gir verdi for dere?

20. Har det vært situasjoner med motstridende interesser, og hvordan ble disse håndtert?

21. Er det aktører eller perspektiver du savner i klyngen?

Digital hjemmeoppfølging (kort bolk)

22. Hva tenker du er de største mulighetene ved digital hjemmeoppfølging?

23. Hvilke utfordringer ser du når det gjelder utvikling og implementering?

24. Hvordan kan Health2B bidra til å løse noen av disse utfordringene?

Avslutning

25. Hva ser du som det mest verdifulle ved Health2B fremover?

26. Er det noe vi ikke har spurt om som du mener er viktig?

Vedlegg 3: Intervjuguide for ikke-partnere

Intervjuguide for ikke-partnere

Innledning

- Kort om prosjektet og formålet med intervjuet.
- Informert samtykke: frivillig deltakelse, anonymisering, mulighet til å trekke seg når som helst.

Bakgrunn

1. Kan du kort beskrive din rolle og organisasjon?
2. Hvordan fikk du kjennskap til Health2B og deres arrangementer?
3. Hvor ofte har du deltatt på Health2B-arrangementer (f.eks. Health2B Open, workshops, seminarer)?
4. Har dere (som organisasjon) vurdert å være med i H2B? Hvorfor/ hvorfor ikke?

Opplevelse av arrangementene

5. Hva opplever du som mest verdifullt ved å delta på Health2B sine arrangementer?
6. Hvilken type kunnskap, inspirasjon eller kontakter har du fått gjennom deltakelsen?
7. Opplever du at arrangementene bidrar til å gi deg ny innsikt i digital hjemmeoppfølging eller helseteknologi generelt?

Samhandling og nettverk

8. Har du fått nye kontakter eller samarbeid gjennom Health2B sine arrangementer?
9. Opplever du at arrangementene gir bedre tilgang til relevante aktører (f.eks. kommuner, leverandører og forskningsmiljøer)?
10. Hva tenker du om Health2B som arena for samarbeid på tvers av offentlig og privat sektor?

Barrierer og motivasjon

11. Hva er årsaken til at dere deltar på arrangementer, men ikke er partnere? Er det økonomi, kapasitet, eller manglende relevans?
12. Hva skulle til for at dere ville vurdere å bli partner i Health2B?
13. Opplever du noen utfordringer eller begrensninger ved å stå utenfor partnerskapet?

Fremtid og vurderinger

14. Hvilke forventninger har du til Health2B fremover?
15. Hvordan kan Health2B gjøre sine åpne arrangementer enda mer nyttige for aktører som ikke er partnere?

16. Hva ser du som det mest verdifulle Health2B kan bidra med i utviklingen av digital hjemmeoppfølging og helseteknologi?

Avslutning

17. Er det noe vi ikke har spurt om, som du mener er viktig å få fram?

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Informasjonsskriv og samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Innovasjonsarenaer som drivkraft for digital hjemmeoppfølging: en casestudie av Health2B»?

Formålet med prosjektet

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt som inngår i vår masteroppgave ved Universitetet i Oslo. Formålet er å undersøke hvordan innovasjonsareaner, med Health2B som case, kan bidra til utvikling og implementering av digital hjemmeoppfølging i helsesektoren. Vi ser særlig på hvordan samarbeid mellom offentlige og private aktører skaper verdier, samt hvilke barrierer og muligheter som preger samhandlingen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du er involvert i Health2B, enten som partner, leder, medarbeider i en partnerorganisasjon, eller fordi du har deltatt på ulike arrangementer. Vi ønsker å høre dine erfaringer og perspektiver på samarbeid og verdiskaping i klyngen. Dersom du ikke er partner, men likevel får forespørsel om å delta, baseres dette på at vi tror du kan ha verdifull innsikt for vår oppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet. Studentene Aurora Haug og Jenny Nysæther Gulbrandsen gjennomfører prosjektet som en del av sin masteroppgave, med Johan Ivar Sæbø som faglig veileder.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn, og uten negative konsekvenser for deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Vi vil gjennomføre et intervju (ca. 45–60 minutter). Intervjuene gjennomføres fysisk og lydopptak gjøres etter samtykke.
- Vi samler inn opplysninger som navn, stilling og organisasjonstilknytning, samt dine erfaringer og synspunkter.
- Opplysningene registreres som lydopptak og transkripsjon. Navn og andre direkte identifiserbare opplysninger lagres adskilt fra intervjuetekstene.

Kort om personvern

Vi vil kun bruke opplysningene til formålene beskrevet her. Alle opplysninger behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer utfyllende om personvern under*.

Utfyllende informasjon om personvern

Hvem har tilgang?

Kun prosjektgruppen (studentene og veileder) har tilgang til personopplysningene.

Hvordan sikres opplysningene?

- Data lagres i UiO sine systemer (OneDrive for Business) med passordbeskyttelse og tilgangskontroll.
- Lydopptak slettes etter transkribering.
- Koblingsnøkkel (navn og rolle) oppbevares separat fra intervjudataene.

Publisering

Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i masteroppgaven eller eventuelle presentasjoner. Utdrag fra intervjuer kan siteres, men vil anonymiseres.

Lovlig grunnlag

Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

Hva skjer med opplysningene når prosjektet avsluttes?

Prosjektet avsluttes juni 2026. Da vil alle personopplysninger (navn, kontaktinfo, koblingsnøkkel) slettes, og kun anonymiserte data beholdes i oppgaven.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å be om innsyn i dataene vi behandler om deg, be om at dataene blir rettet eller slettet, og til å protestere mot behandlingen. Hvis du kontakter oss for å utøve dine rettigheter, vil du høre fra oss innen en måned. Vi vil gi en forklaring hvis vi ikke kan identifisere deg eller hvis dine rettigheter ikke kan utøves. Du har også rett til å klage til Datatilsynet om hvordan vi behandler dine data.

Hvis du har spørsmål eller ønsker å utøve dine rettigheter, kontakt:

- Prosjektansvarlig/veileder: Johan Ivar Sæbø, Johansa@ifi.uio.no, +4722840895
- Studentforskere: Aurora Haug, aurorhau@ifi.uio.no & Jenny Nysæther Gulbrandsen, jennygul@uio.no
- Personvernombud ved UiO: [Roger Markgraf-Bye](mailto:Roger.Markgraf-Bye@uio.no), personvernombud@uio.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Innovasjonsklynger som drivkraft for digital hjemmeoppfølging» og samtykker til:

- ☐ å delta i intervju (ca. 45–60 min, med lydopptak og transkripsjon)
- ☐ at mine personopplysninger (navn, rolle og organisasjon) behandles til forskningsformålet beskrevet
- ☐ at opplysninger om meg anonymiseres ved prosjektslutt

Signatur: _____

Navn: _____

Dato: _____