

# **Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner**

KJETIL LØYNING

VEILEDER  
Linda Hye

**Universitetet i Agder, 2019**  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Master

## Forord

Denne oppgaven er avslutningen på min erfaringsbaserte master i ledelse med spesialisering i IKT-innovasjon og ledelse ved Universitet i Agder, fakultet for samfunnsvitenskap. Målet med oppgaven har vært å kartlegge betydningen av nettverkssamarbeid i de 30 agderkommunene, med utgangspunkt i RKG e-helse og prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder*.

Nettverkssamarbeid er i stadig utvikling og mange kommuner/regioner organiserer seg nå for å løse utfordringer som ikke så lett kan løses av en enkelt kommune. Jeg håper at arbeidet jeg har gjort i denne masteroppgaven vil kunne ha betydning for videre utvikling av RKG e-helse og kan gi nyttige bidrag for andre etableringer av nettverk og videre forskning på feltet.

Jeg vil takke veileder Linda Hye for dyktig veiledning og spennende faglige samtaler. Takk for at du hjalp meg å rydde i prosessen med skrivingen av masteroppgaven.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver Kristiansand kommune for at jeg kunne delta på masterstudiet. Ikke minst takk til informantene i agderkommunene, som besvarte spørreskjemaene og dermed gjorde at det var mulig å kartlegge effektene av nettverkssamarbeid i regionen. Takk går også til Fysiofondet for utdanningsstipend, slik at jeg har kunnet gjennomføre masterstudiet.

En stor takk fortjener også min familie. Takk for støtte og tålmodighet med meg disse fire årene masteren har pågått. Jeg gleder meg til en litt annen tilværelse i helger og ferier ☺.

Dato: 15.06.2019

Kjetil Løyning

## Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er effekter av nettverksamarbeid på region- og kommunenivå. Et utviklingstrekk man nå ser i offentlig sektor, er økende bruk av nettverk (Aarsæther, 2013). Digitalisering har en viktig rolle i den videre samfunnsutviklingen og kan i seg selv fremme nettverksorganiseringen av samfunnet (Baldersheim, Haug & Øgård, 2008).

Problemstillingen for oppgaven er: *Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner.*

Følgende forskningsspørsmål ønskes besvart:

1. *Hvilken betydning har nettverkssamarbeidet RKG hatt for Agder på region- og kommunenivå?*
2. *Hvilken betydning har RKG hatt for innføring av velferdsteknologi i agderkommunene?*
3. *I hvilken grad oppnår RKG målsetningene?*
4. *Hva betyr ledelse, organisering og administrasjon for funksjonen i nettverket RKG?*
5. *Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?*

For å besvare spørsmålene er det gjennomført en spørreundersøkelse blant de 30 agderkommunene som inngår i nettverket RKG e-helse i Agder. Som teoretiske perspektiv benyttes teori om offentlig sektor i endring, utviklingslinjer innen styring og ledelse, samt teori om nettverk og nettverksledelse. Jacobsens (2014) analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid benyttes i oppgaven.

Hovedfunnene i studien er at nettverket har hatt stor effekt på innflytelse, effektiv innføring av velferdsteknologi og effektiv informasjonsspredning. Det er etablert en lærings- og delingskultur. RKG har bidratt til helhetlig tilnærming for å løse felles utfordringer som integrasjon og digital sikkerhet/sårbarhet. Styrket innovasjonskapasitet og direkte økonomiske gevinster oppleves hittil i noe mindre grad, men det er variasjon i forhold til kommune-størrelse. Derimot viser samarbeidet flere indirekte økonomiske gevinster, slik som stordriftsfordeler og forenkling av søknadsprosesser. Det er avgjørende for effektene at RKG består av kommunale ledere og har et aktivt sekretariat.

Avslutningsvis trekkes det opp noen praktiske og teoretiske implikasjoner som studien har hatt.

# Innholdsfortegnelse

## Innhold

Forord .....	1
Sammendrag .....	2
Innholdsfortegnelse .....	3
1. Innledning .....	8
1.1. Tema .....	8
1.2. Problemstilling.....	11
2. Agder og RKG – presentasjon av case .....	13
2.1. Agder og kommuneregionene .....	13
2.2. Regionplan Agder.....	14
2.3. Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder .....	15
2.4. Innføring velferdsteknologi Agder .....	18
3. Utviklingslinjer i styring og ledelse.....	20
3.1. Offentlig sektor og det kommunale styringskretsløpet.....	20
3.2. Utviklingslinjer i offentlig sektor .....	22
3.3. Fra government til governance .....	26
3.4. Nettverk og nettverksledelse .....	27
3.5. Hva er et nettverk?.....	27
3.6. Trekk ved nettverkssamarbeid.....	30
3.6.1. Trekk ved nettverkskonteksten.....	31
3.6.2. Trekk ved samarbeidet .....	32
3.6.3. Trekk ved kommunen (e) .....	34
3.7. Samarbeidsprosessen .....	34
3.7.1. Enighet og tillit.....	34
3.8. Effekter ved nettverkssamarbeid .....	35

3.8.1.	Ønskede effekter .....	36
3.8.2.	Uønskede effekter .....	37
3.9.	Nettverksledelse.....	39
3.10.	Oppsummering utviklingslinjer.....	42
4.	Metode .....	44
4.1.	Forskningsdesign og metodevalg .....	44
4.2.	Valg av respondenter .....	46
4.3.	Utarbeidelse av spørreskjema.....	47
4.3.1.	Teoretisk utarbeidelse av spørreskjema .....	47
4.3.2.	Praktisk utarbeidelse av spørreskjema .....	48
4.3.3.	Kvalitetssikring av spørreskjema .....	48
4.4.	Datainnsamling.....	48
4.5.	Representativitet .....	49
4.6.	Analyser.....	51
4.7.	Styrker og svakheter ved studien.....	52
5.	Analyse og funn .....	55
5.1.	Gjennomsnittsanalyse .....	55
5.1.1.	Oppsummering gjennomsnittsanalyse.....	64
5.2.	Variasjons- og samvariasjonsanalyse .....	66
5.2.1.	Oppsummering variasjonsanalyse.....	72
5.3.	Oppsummering analyser .....	73
6.	Drøfting av funn.....	75
6.1.	Hvilken betydning har nettverkssamarbeidet RKG hatt for Agder på region- og kommunenivå? .....	75
6.1.1.	Økt innflytelse .....	75
6.1.2.	Økt læring.....	76
6.1.3.	Moderat effekt på innovasjonskapasitet .....	77

6.2. Hvilken betydning har RKG hatt for innføring av velferdsteknologi i agderkommunene? .....	78
6.2.1. Effektiv informasjonsspredning .....	78
6.2.2. Effektiv innføring av velferdsteknologi .....	78
6.2.3. Helhetlig problemløsning .....	79
6.2.4. Effekt på økonomiske gevinster .....	79
6.3. I hvilken grad oppnår RKG målsetningene? .....	82
6.4. Hva betyr ledelse, organisering og administrasjon for funksjonen i nettverket RKG?	83
6.5. Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?.....	86
7. Oppsummering og avslutning .....	90
7.1. Oppsummering og konklusjon.....	90
7.2. Hvilke praktiske implikasjoner har studien? .....	91
7.2.1. For RKG e-helse.....	91
7.2.2. For andre nettverk i Agder .....	93
7.2.3. For andre nettverk i Norge .....	94
7.3. Hvilke teoretiske implikasjoner har studien? .....	96
7.4. Avsluttende kommentar.....	97
Litteraturliste .....	98
Vedlegg .....	105
Vedlegg 1: Samtykkeskjema.....	105
Vedlegg 2: Spørreskjema .....	107

## **Figuroversikt:**

Figur 1: Regionråd og kommuner i Agder (Fra 01.01.18 ble Knutepunkt Sørlandet endret til Region Kristiansand).....	13
Figur 2: Oversikt over regionale strukturer og RKG. ....	16

Figur 3: Illustrasjon over prosjekter i Agder koordinert gjennom RKG. (VFT= Velferdsteknologi. EIEJ= Én innbygger én journal. TELMA=Telemedisin Agder. NVP= Nasjonalt velferdsteknologi program.).....	18
Figur 4: Prosjektorganisering Innføring velferdsteknologi Agder (Ehelseagder, 2018).....	19
Figur 5: Det kommunale styringskretsløp (Hye og Øgård, 2017).....	21
Figur 6: Forholdet mellom organisering og ledelse (Haug, Hye & Øgård, 2017). ....	23
Figur 7: Analytisk modell for evaluering av interkommunalt samarbeid (Jacobsen, 2014). ...	31
Figur 8: Illustrasjon over respondenter på kommunalsjefs-/helseledernivå.....	46
Figur 9: Illustrasjon av respondenter fra «kontaktpersoner i kommunene».....	47
Figur 10: Svarprosent fordelt på regionene.....	49
Figur 11: Svarprosent i den enkelte region. ....	50
Figur 12: Svarprosent fordelt på størrelse (antall innbyggere).....	50
Figur 13: Vilkår for RKG-samarbeidet. ....	56
Figur 14: Effekter av RKG-nettverket.....	57
Figur 15: Miljø, samarbeid og læring på tvers. ....	58
Figur 16: Kompetanse og læring. ....	59
Figur 17: Betydningen av prosjekt Innføring velferdsteknologi Agder. ....	60
Figur 18: Måloppnåelse RKG. ....	61
Figur 19: Betydningen av ledelse, organisering og administrasjon. ....	62
Figur 20: Videreutvikling av RKG.....	63
Figur 21: Kapasitet til å frigi personell (variasjonsanalyse).....	67
Figur 22: Økonomisk gevinst nå (variasjonsanalyse). ....	68
Figur 23: Økonomisk gevinst om fem år (variasjonsanalyse).....	68
Figur 24: Innovasjonsevne (variasjonsanalyse). ....	69
Figur 25: Innovasjonskapasitet (variasjonsanalyse).....	70
Figur 26: Innovasjon og utvikling i den enkelte kommune (variasjonsanalyse).....	71
Figur 27: Etablere tilsvarende RKG`er ( variasjonsanalyse). ....	71
Figur 28: Styringsutfordringer. ....	81
Figur 29: Kommuner som mener de har tilstrekkelig IKT-kompetanse (tall i prosent). (Riksrevisjonen, 2016, s. 68).....	93
Figur 30: Forslag til modell for utbredelse av nasjonale e-helse-løsninger (ehelseagder.no, 2019).....	96

## Tabelloversikt:

Tabell 1: Tre grunnleggende styrings- og koordineringsmekanismer (Røiseland & Vabo, 2016).....	26
Tabell 2: Tilnærmingene government og governance (Jacobsen, 2014, s. 23).....	27
Tabell 3: Marked, hierarki og nettverk (Powell, 1990).....	29
Tabell 4: Svar fordelt på rolle/funksjon. ....	50
Tabell 5: Oppsummering gjennomsnittanalyse.....	65
Tabell 6: Kapasitet til å frigi personell (kommunestørrelse).....	67
Tabell 7: Økonomisk gevinst nå (kommunestørrelse) .....	68
Tabell 8: Økonomisk gevinst om fem år (kommunestørrelse).....	68
Tabell 9: Innovasjonsevne (kommunestørrelse) .....	69
Tabell 10: Innovasjonskapasitet (kommunestørrelse).....	70
Tabell 11: Innovasjon og utvikling i den enkelte kommune (kommunestørrelse).....	71
Tabell 12: Etablere tilsvarende RKG`er (kommunestørrelse).....	72
Tabell 13: Etablere tilsvarende RKG`er (rolle).....	72



# 1. Innledning

## 1.1. Tema

Kommunene har en avgjørende og sentral rolle når det gjelder innovasjon og utviklingen av den norske velferdsstaten, slik som stedsutvikling, utdanning, samt etablering og drift av grunnleggende helse- og velferdsordninger (Jacobsen, 2014). Omstillinger må gjøres når oppgavene endres. Innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten har det spesielt de siste årene vært store endringer. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) pekte på at flere oppgaver skulle overføres fra sykehus til kommunene, ved at man skulle forebygge framfor å reparere og tidlig innsats skulle prioriteres framfor sen innsats (Jacobsen, 2014). Samtidig endres befolkningens alderssammensetning og kompleksiteten i oppgaveløsningen øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I 2016 kom produktivitetskommisjonens andre rapport (NOU 2016: 3) som pekte på at Norge står ved et vendepunkt. Oljenæringen vil ikke være den samme motoren for vekst. NOU-rapporten viste til at produktivitetsveksten hadde falt de siste årene og trendveksten er historisk lav. For å videreutvikle vår velstand, forutsetter det at produktivitetsveksten holdes oppe. Produktivitetskommisjonen konkluderte med at Norge må vende fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi, at omstilling er nødvendig og at digitalisering vil være sentralt i denne omstillingen. Stortingsmelding *Digital Agenda* peker på at økt digitalisering skal gi bedre kvalitet, effektiv ressursbruk og en enklere hverdag (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016). Men det er avdekket vesentlige hindringer med digitale tjenester i kommunene (Riksrevisjonen, 2016, s. 110):

- Mange kommuner har ikke tilstrekkelig kompetanse til å digitalisere sine tjenester.
- Digitalisering har ifølge mange kommuner for høye kostnader til at den blir prioritert.
- Et flertall av kommunene oppgir at de ikke arbeider systematisk med å realisere gevinster av digitalisering.

Riksrevisjonens undersøkelse av digitalisering i statlige virksomheter (Riksrevisjonen, 2018), peker på at det er behov for sterkere sentral styring av digitaliseringen i offentlig sektor.

Et eksempel på økt sentral styring er at Stortinget i 2013 etablerte et nasjonalt program for velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2019). Programmet har kommet med flere rapporter og nasjonale anbefalinger knyttet til innføring av trygghetsteknologi og responstjenester for trygghetsskapende teknologier (Helsedirektoratet, 2014; Direktoratet for e-helse, 2016; Helsedirektoratet, 2016). I 2016 ble det etablert et direktorat for e-helse for ytterligere å styrke den nasjonal styringen og bedre organiseringen av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2019). Det planlegges å etablere Nasjonal tjenesteleverandør 1. januar 2020, som skal gi økt kraft i digitaliseringen i sektoren. Direktoratet selv mener at det er behov for en profesjonell aktør som kan ta et helhetlig ansvar for de nasjonale digitale fellesløsningene (Direktoratet for e-helse, 2018).

Utviklingen i samfunnet de siste årene viser økt kompleksitet og utfordringene krever nye former for samhandling og problemløsning (Joyce, 1999; Jacobsen, 2014). FNs bærekraftsmål (FN, 2019) beskriver store samfunnsutfordringer, som trolig ikke kan løses gjennom tradisjonelt hierarkisk byråkrati. Et utviklingstrekk man nå ser, er økende bruk av nettverks-samarbeid for å løse samfunnsutfordringene. Samarbeid på tvers av sektorer, på tvers av forvaltningsnivå og offentlig-privat samarbeid er kjennetegn på nettverksstyring og New public governance (NPG) (Bevir, 2009; Salamon, 2002; Aarsæther, 2013; Baldersheim & Rose, 2014). Baldersheim peker på at IKT utviklingen kan fremme nettverksorganiseringen av samfunnet (Baldersheim, et al., 2008). Jacobsen (2014) peker på at økningen i interkommunale samarbeid kan skyldes at stadig flere oppgaver overføres til kommunene, men samtidig at utfordringene blir mer komplekse og sammensatte.

Victor Norman var med å utarbeide *Felles mål for Agder* på 1990-tallet (Kubens, 2018). Ønsket var at kommunene i Agder skulle samarbeide mot felles mål.

«*Uten samarbeid blir det ingen utvikling på Sørlandet*» (Kubens, 2018).

Overgangen fra enkeltstående utprøvningsprosjekter av frittstående teknologier til innføring i storskala drift er krevende og forskningen på fagfeltet er preget av enkeltstudier uten generaliseringsverdi (NOU 2011:11).

Tankene fra 1990 tallet, er minst like relevant i dag. Dagens Regionplan Agder 2020 (Regionplan Agder, 2010) har i innledningen av planen denne beskrivelsen;

*«Det er bare gjennom fellesskap at vi kan nå ambisiøse mål. Vi skal ta hele landsdelen i bruk, med vekt på en balansert utvikling og helhetstenkning».*

For å hindre fragmentert tilnærming, sikre helhetstenkning og storskala implementering av velferdsteknologi i agderkommunene innen 2020, etablerte Rådmannsgruppen for Regionplan Agder (heretter Rådmannsgruppen) i 2016 Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG) som et strategisk styringstiltak (Regionplan Agder, 2017). RKG skal bidra til (Regionplan Agder, 2017):

- At kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge.
- Å stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen.
- Økt interkommunal koordinering og forankring på Agder.

RKG er etablert som et nettverk for å imøtekomme noen av samfunnsutfordringene, som bedre kan løses i fellesskap enn hver for seg i hver enkelt kommune. Kommunene i Agder har gjennom RKG gått sammen om en felles satsning *Velferdsteknologi Agder 2020*, med følgende mål;

*«Trygghets- og varslings teknologi er integrert i helse- og omsorgstjenesten i alle 30 kommunene innen 2020 på en slik måte at det gir gevinster» (Ehelseagder, u.å.).*

Rådmannsgruppen har allerede høstet erfaringer etter RKG e-helse og har etablert RKG folkehelse og levekår. Det planlegges også etablering av RKG klima og miljø. En forskningsundersøkelse som ser på betydningen av nettverkssamarbeid i slike prosesser, vil derfor være relevant for videreutviklingen av i Agder og trolig også andre regioner i Norge.

Har agderkommunene utviklet en organisatorisk modell som kan bidra til å styrke kommuners innovasjonskapasitet? Hvilken betydning har et slikt strategisk og operativt nettverk hatt for agderkommunene? Hvilken betydning har slike nettverk for storskala implementering?

Denne masteroppgave ser på effekter og mulighetene ved nettverkssamarbeid mellom kommuner i en region, eksemplifisert gjennom innføring av velferdsteknologi.

## 1.2. Problemstilling

Oppgavens problemstilling er: *Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner.*

Følgende forskningsspørsmål ønskes besvart:

1. *Hvilken betydning har nettverkssamarbeidet RKG hatt for Agder på region- og kommunenivå?*
2. *Hvilken betydning har RKG hatt for innføring av velferdsteknologi i agderkommunene?*
3. *I hvilken grad oppnår RKG målsetningene?*
4. *Hva betyr ledelse, organisering og administrasjon for funksjonen i nettverket RKG?*
5. *Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?*

I oppgaven benyttes disse begrepene:

- **Nettverk:** Flere enn to aktører, som har repeterende og vedvarende relasjoner, med et felles formål, uten at det er en formell autoritet/leder som kan skille eller løse tvister eller konflikter. I denne forståelsen kommer nettverk ikke som en erstatning for, men mer som et supplement til mer formell organisering (Podolny & Page, 1998).
- **RKG:** Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG) ble etablert og forankret av Rådmannsgruppen - Regionplan Agder januar 2016. I oppgaven betraktes RKG som et nettverkssamarbeid.
- **Region:** I denne oppgaven Agder, med samtlige 30 kommuner.
- **Helseledernettverk:** De fem regionale nettverkene av helse- og omsorgsledere på Agder. Ulike benevnelser benyttes; Helsenettsverk, Helse- og omsorgslederforum, Helse- sosial og omsorgsnettverket. I oppgaven benyttes begrepet helseledernettverk.
- **Kommunens representant i helseledernettverket:** Øverste leder for pleie og omsorg/ helse og omsorg / helse og sosial som representerer kommunen i helseledernettverket.
- **Kommunens kontaktperson for prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder*:** I prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder* har hver kommune opprettet en kommunal kontaktperson for innføring av velferdsteknologi i sin kommune. Denne kontaktpersonen fungerer som en lokal prosjektleder for prosjekt-/ arbeidsgruppen i den enkelte kommune.

**Avgrensninger:**

Jeg avgrenser oppgaven til det geografiske området Agder med sine 30 kommuner. Jeg fokuserer på betydningen av RKG e-helse som nettverk og tar utgangspunkt i det administrative perspektivet. Dermed er respondenter valgt fra det administrative nivå.

Regional koordineringsgruppe har flere prosjekter i «porteføljen sin». Selv om denne oppgaven fokuserer på et av hovedprosjektene, *Innføring velferdsteknologi Agder*, så kan funnene også være relevant for andre RKG-prosjekter.

## 2. Agder og RKG – presentasjon av case

I dette kapittelet presenteres hvordan Agder samarbeider både administrativt og politisk gjennom henholdsvis Rådmannsgruppen – Regionplan Agder og Sørlandsrådet. Bakgrunnen for og formålet med etableringen av RKG nevnes. Mot slutten av kapittelet blir fellesprosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder* presentert, som er et regionalt prosjekt koordinert gjennom RKG.

### 2.1. Agder og kommuneregionene

Agder består i 2019 av Aust- Agder og Vest-Agder fylkeskommuner, samt 30 kommuner. Det er ca. 300 000 innbyggere i Agder (Statistisk sentralbyrå, 2018). De 30 kommunene samarbeider i fem regionråd, både politisk og administrativt (figur 1). I tillegg har de fem kommuneregionene også etablerte helseledernetverk, bestående av lederne innenfor helse/sosial/omsorg fra kommunene i den enkelte region. I Agder benyttes det ulike benevnelser av disse nettverkene.



Figur 1: Regionråd og kommuner i Agder (Fra 01.01.18 ble Knutepunkt Sørlandet endret til Region Kristiansand).

Oversikt over helseledernetverk i Agder:

- Østre Agder: Helse- og omsorgslederforum (HLF)
- Region Kristiansand: Helse-, sosial og omsorgsnettverket
- Lister: Helsenetttverk
- Lindesnes: Helsenetttverket
- Setesdal: Helsenetttverk

I denne oppgaven benyttes *Helseledernetverk*.

De fem regionene har også fagutvalg for e-helse og velferdsteknologi, hvor representanter fra kommunene på fagnivå møtes.

## 2.2. Regionplan Agder

Den første regionplanen i Agder ble vedtatt i 2010 av fylkestingene i Aust- og Vest-Agder, som et overordnet plandokument for landsdelen. En grunnleggende tanke med planen var at man gjennom samhandling skulle kunne oppnå mer (Regionplan Agder, 2010, s. 2):

*«Gjennom samhandling skal vi oppnå mer. Vi skal ta hele landsdelen i bruk, med vekt på en balansert utvikling og helhetstenkning. Det viktigste grepet i planen er derfor økt samhandling – fordi det bare er gjennom fellesskap vi kan nå ambisiøse mål.»*

For å styrke samhandlingen og arbeidet vedtok fylkestingene i 2011 å etablere både en politisk og administrativ regional samordningsstruktur, hvor fylkeskommunene, Kristiansand og Arendal kommune og representanter fra regionrådene i Agder skulle være representert (Regionplan Agder, u.å.).

**Sørlandsrådet** ble etablert som et politisk samordningsorgan for oppfølging av Regionplan Agder 2020. I Sørlandsrådet sitter fylkesordførerne og opposisjonslederne fra Aust- og Vest-Agder, samt ordfører i Kristiansand og Arendal kommuner og en ordfører fra hver av de fem regionrådene i Agder-fylkene. Sørlandsrådet er også regional politisk referansegruppe for arbeidet med den nye Regionplan Agder 2030. (Regionplan Agder, Sørlandsrådet, u.å.).

**Rådmannsgruppen** ble etablert som et administrativt samordningsorgan for oppfølging av Regionplan Agder 2020, sammen med faggruppene innenfor de enkelte satsingsområdene.

Rådmannsgruppen består av prosjektleder Agder fylkeskommune, fylkesrådmann i Aust-Agder, fylkesrådmann i Vest-Agder og en rådmann fra hver av de fem regionrådene i Agder-fylkene, samt rådmann i Kristiansand og rådmann i Arendal.

Rådmannsgruppen er også administrativ styringsgruppe for revisjon av Regionplan Agder 2030 (Regionplan Agder, Rådmannsgruppen, u.å.).

I tillegg til de politiske og administrative samarbeidsorganene er det også etablert fire faggrupper; klima, utdanning, kultur og folkehelse og levekår. I 2016 etablerte Rådmannsgruppen i tillegg, RKG e-helse for å styrke koordineringen og forankringen av velferdsteknologi-satsningen i Agder (Regionplan Agder, 2017).

Basert på erfaringene fra RKG e-helse etablerte Rådmannsgruppen i 2018 RKG folkehelse og levekår og vurderer å etablere RKG klima og miljø. Erfaringer og innspill fra RKG e-helse er ønsket i utarbeidelse av andre tilsvarende nettverk. Økt kunnskap om hvilke effekter agderkommunene opplever som resultat av RKG, er dermed etterspurt.

**Sørlandstinget** er møteplassen mellom ordførere i Aust - og Vest - Agder og Sørlandsbenken (politikere på Stortinget som representerer Sørlandet). Tinget ble etablert i 2012 og skal bidra til å videreutvikle Agder som en bærekraftig region og samtidig møte fremtidige utfordringer med samlet styrke. Sørlandstinget (2012) omfatter begge agderfylkene og består av følgende medlemmer: Ordførere, fylkesordførere, opposisjonsledere i både Aust- og Vest-Agder fylkeskommuner, alle representanter fra Sørlandsbenken, opposisjonsledere i Arendal og Kristiansand. I tillegg har disse representantene observatørstatus; fylkesrådmenn, rådmenn og representanter fra KS.

### **2.3. Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder**

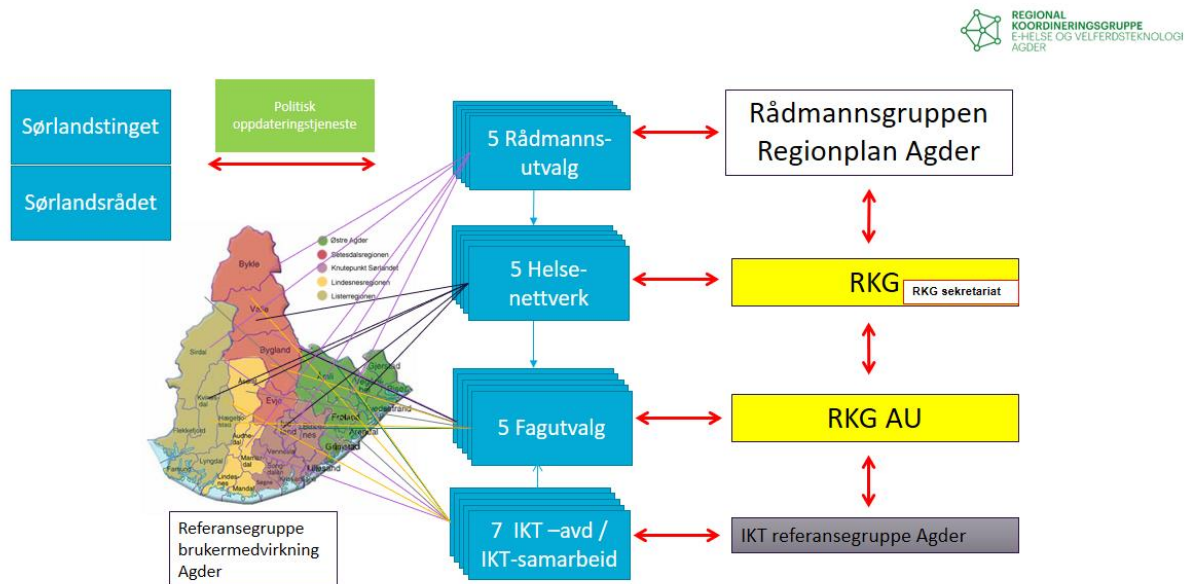
RKG e-helse har følgende formål (Regionplan Agder, 2017):

- At kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge.
- Å stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen.
- Økt interkommunal koordinering og forankring på Agder.

RKG e-helse følger opp Regionplan Agder 2020 sitt satsingsområde innen innovasjon og bærekraftig verdiskaping Agder (Regionplan Agder, VINN-planen 2015), samt strategidokumentet *Strategi for forskning, utvikling og innovasjon i Agder, 2015-2030* (Regionplan Agder, FOUI-planen, 2015).



RKG-strukturen omfatter RKG, et arbeidsutvalg, et sekretariat og en referansegruppe for IKT (Figur 2).



Figur 2: Oversikt over regionale strukturer og RKG.

RKG e-helse består av en representant fra hver av de fem regionenes helseledernetverk, samt fra kommunene Kristiansand og Arendal. KS Agder og Fylkesmannen i Agder er også representert i RKG e-helse. Det er etablert et sekretariat for RKG e-helse, samt et arbeidsutvalg RKG (AU RKG). AU RKG består av en representant fra hver av de fem regionenes fagutvalg for e-helse og velferdsteknologi, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust- og Vest-Agder, RKG sekretariat, leder IKT referansegruppe Agder og KomUT Agder (Norsk Helsenett, u.å).

Det at RKG e-helse består av helseledere på kommunalsjefsnivå, betyr at de både har kjennskap til det strategisk overordnet ansvar innenfor sitt fagområde, i tillegg har de også god kunnskap om det operative i tjenestene.

Da Rådmannsgruppen etablerte RKG e-helse, ba de også RKG e-helse ta initiativ til å etablere en IKT referansegruppe Agder. IKT referansegruppe Agder består av representanter fra IKT-samarbeidene/avdelingene i Agder (Ehelseagder, 2018).

For å ivareta brukermedvirkning har RKG på fylkesnivå invitert kontaktforum for brukermedvirkning i Aust-Agder fylkeskommune og fylkeseldrerådet i Vest-Agder

fylkeskommune til å være referansegruppe som inviteres med i workshop og arbeidsmøter i de ulike regionale prosjektene (Ehelseagder, 2018). I tillegg har man kommunale eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

RKG e-helse tar initiativ til og koordinerer felles søknader og felles prosjekter på vegne av regionen. Man benytter altså etablerte strukturer (illustrert med blått i figur 2) og RKG fungerer som en regional koordineringsgruppe på tvers av kommuneregionene og kommunene. Sørlandsrådet har i tillegg bedt RKG e-helse om å være en politisk oppdateringstjeneste for Sørlandsrådet innenfor fagfeltet, for å styrke Agders påvirkning på nasjonal politikk med særlig vekt på saker som berører Agder.

RKG e-helse koordinerer en rekke prosjekter innen e-helse og velferdsteknologi i Agder. Det er både forsknings-, innovasjons-, innførings- og utprøvningsprosjekter. Prosjektene er regionale, nasjonale og internasjonale. Ettersom RKG kun skal koordinere prosjektene, opprettes det egne styringsgrupper og prosjektgrupper i de ulike prosjektene (se figur 3). Dersom det er et felles prosjekt på vegne av alle 30 kommuner kan representantene i RKG også benyttes som styringsgruppe, men da gjennomføres det som et eget styringsgruppemøte adskilt fra RKG-møtet.

RKG e-helse møtes via videokonferanse (videomøte) hver tredje til fjerde uke i kun 30 minutter. Deretter gjennomføres regionalt styringsgruppemøte som videokonferanse i 30 minutter (som eget møte), med de prosjektene hvor RKG fungerer som styringsgruppe.

### Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder

Styrings-gruppe	Referanse-region	Styrings-gruppe	Styrings-gruppe	Styrings-gruppe	Styrings-gruppe	Styrings-gruppe	Styrings-gruppe	Styrings-gruppe
Prosjekt-Gruppe Agder Living Lab for VFT	Referanse-gruppe Kristiansand/ Agder: EIEJ	Prosjekt-Gruppe TELMA	Prosjekt-gruppe NVP Medisinsk avstands-oppfølging	Prosjekt-gruppe Kommunalt responssent	Prosjekt-gruppe NVP Innføring velferdsteknologi Agder	Følge-forskning Innførings-prosjektet	Prosjekt-gruppe NVP Velferdsteknologi barn og unge	Nye

Figur 3: Illustrasjon over prosjekter i Agder koordinert gjennom RKG. (VFT= Velferdsteknologi. EIEJ= Én innbygger én journal. TELMA=Telemedisin Agder. NVP= Nasjonalt velferdsteknologi program.)

Koordinert av RKG e-helse ble agderkommunene invitert til deltagelse i en felles anskaffelse for trygghets- og varslingsteknologi, som resulterte i at 21 kommuner sluttet seg til og de resterende ni kommunene deltok gjennom opsjon (Nasjonalt program for leverandør-utvikling, 2018). I slutfasen av den felles anskaffelsen våren 2017, tok RKG initiativ til å koordinere en felles søknad til Helsedirektoratet om deltagelse i spredning- og innføringsfasen i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (Helsedirektoratet, 2019). Dette førte til at alle 30 kommunene i Agder kom med i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og fellesprosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder* ble etablert.

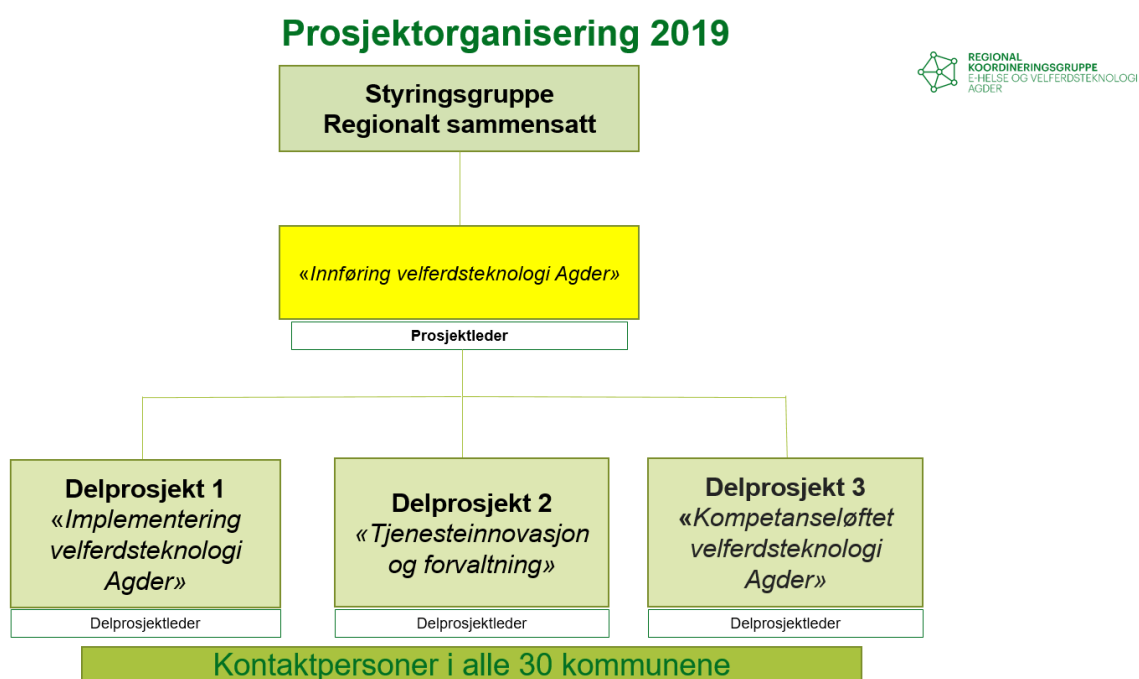
## 2.4. Innføring velferdsteknologi Agder

Agder består som nevnt av 30 kommuner med totalt ca. 300 000 innbyggere. Kommunene har ulik størrelse fra Bykle med sine 953 innbyggere til Kristiansand med 92 282 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2018). For å imøtekomme de demografiske utfordringene har kommunene i regionen blant annet satset på bruk av velferdsteknologi.

Agders deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet ble organisert som et felles prosjekt *Innføring velferdsteknologi Agder* med følgende virksomhetsmål:

«Trygghets- og varslingsteknologi er integrert i helse- og omsorgstjenesten i alle 30 kommuner innen 2020 på en slik måte at det gir gevinster» (Ehelseagder, u.å.).

Prosjektet har en felles regional styringsgruppe, felles prosjektleder og tre delprosjekter (figur 4) (Ehelseagder, 2018). I tillegg har innføringsprosjektet kontaktpersoner i alle agderkommunene, som sammen med en lokal arbeidsgruppe/prosjektgruppe sikrer arbeid i egen kommune rundt forankring, gevinstrealisering, tjenesteinnovasjon og teknisk implementering.



Figur 4: Prosjektorganisering Innføring velferdsteknologi Agder (Ehelseagder, 2018).

### 3. Utviklingslinjer i styring og ledelse

I dette kapittelet presenteres teoretiske perspektiver som belyser problemstillingen. Først beskrives offentlig sektor i endring, deretter utviklingslinjer innen styring og ledelse. Til slutt presenteres teori om nettverk og nettverksledelse, samt Jacobsens (2014) *Analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid*.

#### 3.1. Offentlig sektor og det kommunale styringskretsløpet

Kommuner er politisk selvstyrende, særskilte og verdidrevne organisasjoner. Kommunesektorens betydning i samfunnsutviklingen har stått meget sterkt. Kommunene drives av demokratiske politiske prosesser og er samtidig produksjonsorganisasjoner, hvor man forventer tjenester med høy kvalitet og effektiv ressursutnyttelse (Baldersheim, et al., 2008). Dersom man sammenligner norske kommuner i en europeisk sammenheng har kommunene hatt en særlig sentral stilling, både i omfang og betydning. Norge og Norden har slik sett hatt en tradisjon for desentralisering, demokrati og reformer (Baldersheim & Rose, 2014).

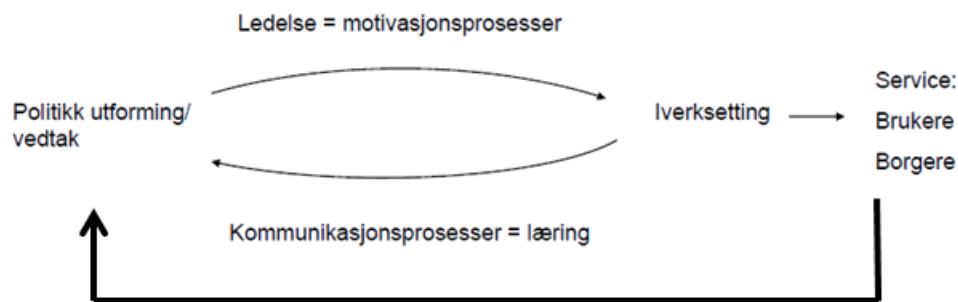
Baldersheim & Rose (2014) peker på kommuneinstitusjonens tre viktige verdier:

- 1) **Frihets-verdien:** Kommuner skal ha lokalt selvstyre og frihet *fra* sentrale myndigheter og en sterk statlig styring. Samtidig utviklet frihetsidealet seg til frihet *til* å kunne ta egne beslutninger ut ifra lokale behov og forhold, altså å kunne gjøre flere ting på eget initiativ. Kommunens autonomi er på mange måter en sikkerhetsmargin mot statlig styring. Baldersheim (2015) peker på at autonomi vil si at kommunalt folkevalgte har lokalt handlingsrom til å utøve skjønn og gjøre selvstendige budsjettjusteringer etter lokale behov.
- 2) **Demokrativerdien:** Gjennom kommunenes lokale og geografiske tilstedeværelse, hadde man redusert avstanden mellom de styrende og de som ble styrt. Det var her man virkelig kunne utføre demokratisk påvirkning på den geografiske enheten vi har og dette er viktig for å realisere folkets suverenitet. Den enkelte skulle kunne påvirke sin egen hverdag (Baldersheim & Rose, 2014).
- 3) **Effektivitetsverdien:** For å finne de beste løsningene i samsvar med lokale behov kreves lokalkunnskap. Gjennom lokalt folkestyre vil slik lokalkunnskap mobiliseres og effektiv bruk

av ressurser, såkalt allokeringseffektivitet vil bedre kunne realiseres. Det hevdes også at lokalkunnskap vil kunne gi goder og tjenester til lavest mulig enhetspris, såkalt kostnadseffektivitet (Baldersheim & Rose, 2014).

Undersøkelser viser at innbyggerne i økende grad fokuserer på effektivitet og er mindre fokusert på at kommunen skal være autonom og demokratisk (Pettersen & Rose s. 23 i (Baldersheim & Rose, 2014)).

I kommunene er det den politiske ledelsen (kommunestyret) som vedtar og administrasjonen som iverksetter tiltaket. Den vedtatte strategien kan forsterkes og tydeliggjøres gjennom ledelses- og motivasjonsprosesser (Hye og Øgård, 2017). Læring kan oppnås gjennom kommunikasjonsprosesser og tilbakemeldinger. Man kan dermed oppdage om det iverksatte tiltaket er i tråd med den i utgangspunktet vedtatte strategien. Dersom det er et avvik mellom disse to (vedtatt og iverksatt), så kan det oppstå styringsutfordringer og det kan bli behov for å iverksette ytterligere styringstiltak (Baldersheim & Øgård, 1997; Salamon, 2002; Opstad, 2013). Dette omtales også som prinsipal-agent-problematikken. Prinsipalen er den som vedtar, mens agenten er den som iverksetter og utfører (Opstad, 2013).



Figur 5: Det kommunale styringskretsløp (Hye og Øgård, 2017).

Salomon (2002, s. 19) beskriver styringsverktøy slik:

*“A tool of public action is an identifiable method through which collective action is structured to address a public problem”.*

Styringsverktøy kan strukturere en handling ved å identifisere hvem som involveres i tiltaket, hvilken rolle de ulike skal ha og hvordan man skal relatere seg til andre.

Kommuneinstitusjonenes tre verdier kan forstås som grunnleggende verdier som sikrer kommunenes selvråderett.

I neste kapittel beskrives utviklingstrekk i offentlig organisering og ledelse.

### **3.2. Utviklingslinjer i offentlig sektor**

Offentlig sektor er i stadig endring. Kommunale reformer, trender og internasjonale utviklingstrekk påvirker kommunal organisering og ledelse. I denne delen av kapitlet beskrives utviklingen innen offentlig styring og ledelse i Norge, i korte trekk, fra 1900 frem til i dag.

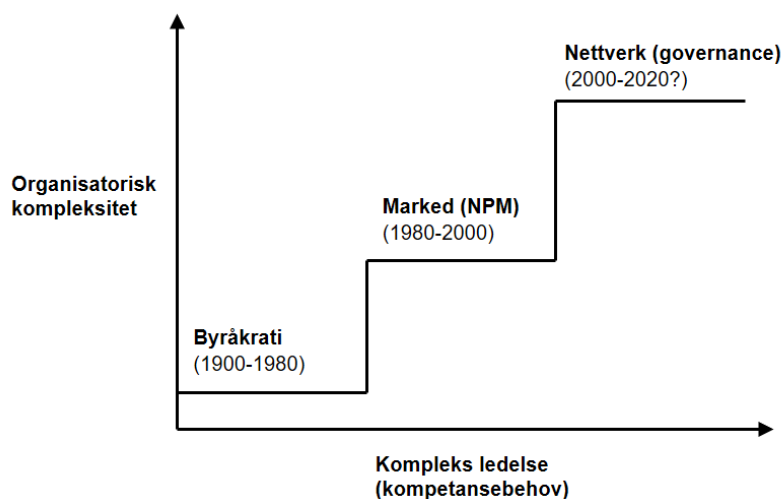
Fra etter 1900 og spesielt etter krigen hadde kommunene en hierarkisk tilnærming, gjennom byråkrati eller såkalt Public administration (PA) (Bovaird & Loeffler, 2016; Salamon, 2002). Velferdsstaten i Norge ble etter krigen bygget opp. Det var stor tro på offentlig styring og at offentlig myndigheter best kunne klare å løse datidens samfunnsutfordringer. Det var et skille mellom politikk og administrasjon ved at politikerne utformet politikken, mens byråkratiet iverksatte (Aarsæther, 2013).

Mot slutten av 70-tallet kom markedskreftene inn og var et brudd på den klassiske offentlige administrasjonen (Aarsæther, 2013). Etter krigen hadde offentlig sektor vokst jevnt og trutt og var i ferd med å true samfunnets økonomi. Anført av Margareth Thatchers og Ronald Reagens administrasjoner foregikk det en økende privatisering i offentlig sektor (Røiseland & Vabo, 2016). Målet var å oppnå kostnadseffektive og kvalitativt bedre tjenester ved å overføre modeller og effektivitetstenkning fra privat til offentlig sektor (Aarsæther, 2013). Disse utviklingstrekkene har fått betegnelsen New public management (NPM). Det rettes her søkelys mot kostnadseffektivitet og produktivitet istedenfor mer tradisjonelle måter, som politisk demokrati, offentlig etikk og rettssikkerhet (Baldersheim & Rose, 2014; Bovaird & Loeffler, 2016; Bevir, 2009; Sahlin-Andersson, 2002; Salamon, 2002). Øgård (i Baldersheim & Rose, 2014) beskriver at «public choice» står sentralt i denne markedsorienterte modellen NPM. Kritikken mot byråkratiet var at offentlige funksjonærer på mange måter hadde monopol på informasjonen og flere byråkrater var interessert i mer ansvar og større budsjett.

Gjennom denne informasjonstilgangen hadde de et fortrinn overfor politikerne, noe som kritikerne mente kunne føre til sløseri og stimulere egeninteresse hos offentlig ansatte. Dette kunne føre til en ikke-produktiv aktivitet, ikke-bærekraftig utvikling og samtidig ekspansjon av de offentlige utgiftene (Opstad, 2013). NPM ble da en motvekt mot byråkratiet. Gjennom NPM skulle markedskreftene i større grad påvirke den offentlig forvaltningen. Man ønsket å redusere gapet mellom prinsipalen og agenten, og samtidig redusere transaksjonskostnadene. NPM kjennetegnes ved tro på ledelse (lederne skulle lede ut ifra delegering og profesjonalisering av lederrollen), mer bruk av indirekte kontroll (konkurranse, mål- og resultatstyring) og økt brukerfokusering (brukervalg, voucher og brukerundersøkelser) (Øgård i Baldersheim & Rose, 2014).

For å illustrere utviklingen og forholdet mellom organisering og ledelse i offentlig sektor vises det til illustrasjonen under (Haug, Hye & Øgård, 2017):

### Forholdet mellom organisering og ledelse



Figur 6: Forholdet mellom organisering og ledelse (Haug, Hye & Øgård, 2017).

Overgangen fra byråkrati til NPM skapte flere debattlinjer (Øgård i Baldersheim & Rose, 2014). En sentral debattlinje var om ledelse er allmenngyldig. Kan en god leder lede uavhengig av kontekst (privat, frivillig og/eller offentlig)? En annen debattlinje handlet om målstyringskonseptet i offentlig sektor. Noen mente at det innenfor det offentlige var noen



andre forutsetninger som lå til grunn slik at markedskrefter og målstyring ikke nødvendigvis kunne kopieres inn i offentlig sektor (Øgård i Baldersheim & Rose, 2014). En annen innvending mot målstyring var at det innenfor demokratiske prosesser ikke er så lett å skille politikk og administrasjon. Ofte må man bruke diplomati, kompromiss og dialog for å oppnå vedtatt strategi (Øgård i Baldersheim & Rose, 2014). En tredje debattlinje handlet om det å bruke konkurranse og markedskrefter som offentlig styringsverktøy (Øgård i Baldersheim & Rose, 2014).

De siste par tiår har man sett en dreining bort fra NPM og mer mot nettverkssamarbeid. NPM-tenkningen etablerte på mange måter autonome enheter som oppnådde egne mål uten at helheten og totaliteten ble ivaretatt. Man hadde en fragmentert tilnærming til å møte komplekse og paradoksale samfunnsutfordringer. (Baldersheim & Rose, 2014). Disse komplekse samfunnsutfordringene blir av mange betegnet som «wicked problems». Harmon & Mayer (1986, s 9, i Agranoff & McGuire, 2001) definerer det slik:

*“Wicked problems are problems with no solutions, only temporary and imperfect resolutions”.*

Disse store samfunnsutfordringer er vanskelige, nesten uløselige og organisasjonene har store problemer med å løse disse alene. Offentlig, privat og frivillig sektor må derfor finne nye tilnærminger til «wicked problems» (Koppenjan & Klijn, 2004).

Osborne (2010) peker på dreiningen bort fra NPM og bruker begrepet «New Public Governance» (NPG). I litteraturen brukes også begrepet nettverksstyring (Aarsæther, 2013). NPG kjennetegnes av to hovedlinjer: a) Interorganisatorisk samarbeid og b) sterkere *nedenfra-og-opp-preg*. Øgård (i Baldersheim & Rose, 2014) viser til at noe av det teoretiske grunnlaget som var knyttet til NPM også er gjenkjennbart innenfor NPG. Innenfor NPG fokuseres det derimot mer på samarbeid på tvers av sektorer og forvatningsnivåer, enn på marked og konkurranse. Gjennom en helhetlig problemløsning, gjerne i samarbeid gjennom nettverk og interorganisatoriske relasjoner, ville man kunne finne de beste innovative løsningene på de komplekse utfordringene som samfunnet står ovenfor i dag (Øgård i Baldersheim & Rose, 2014).

Samtidig er tanken at man gjennom NPG, kan skape et levende demokrati hvor en større del av befolkningen bidrar nedenfra og opp til å utvikle nye og innovative løsninger. Et viktig stikkord i denne sammenhengen er *sosial kapital*, som handler om tillit, samarbeidsevne og samspill. Dersom det er stor grad av sosial kapital i et samfunn vil borgerne ha tillit til sine omgivelser og samfunnet vil da kunne fungere godt uten for mye styring og kontroll. Dette vil igjen føre til at samfunnet holder transaksjonskostnader lave ved at man slipper å iverksette kontrollerende tiltak (Opstad, 2013).

Moore (2009) viser også til at offentlig ledelse i økende grad ser mot nettverk og bruker begrepet «networked government». Ideen bak «networked government» kommer som et resultat av at man ikke lenger har tro på at den gamle tradisjonelle formen for ledelse - gjennom hierarkiske organisasjoner med veldefinerte oppdrag og tilhørende budsjetter- vil kunne løse komplekse og sammensatte samfunnsutfordringer. For å oppnå mer offentlig verdi av tilgjengelige ressurser, tenker man at samhandling gjennom nettverk på tvers av sektorer vil kunne løse utfordringene bedre enn gjennom rigide fragmenterte hierarkiske strukturer.

Samarbeid på tvers av sektorer, på tvers av forvaltningsnivå og offentlig-privat samarbeid er kjennetegn på nettverksstyring og NPG (Bevir, 2009; Salamon, 2002; Aarsæther, 2013; Baldersheim & Rose, 2014).

KS (2018) har utarbeidet et *Innovasjonsbarometer* for å undersøke innovasjon i kommuner og fylkeskommuner. Undersøkelsen viser at den viktigste kanalen for å spre innovasjon er nettverk i egen (fylkes)kommune eller med andre (fylkes)kommuner. Ettersom kommunal sektor må løse flere oppgaver med mindre ressurser, er spredning av innovasjoner gjennom god delings- og læringskultur viktig. Det er ikke hensiktsmessig i offentlig sektor å løse samme problem flere ganger. Det er en tendens til at andelen og hyppigheten av innovasjon som var den første i sitt slag øker med kommunestørrelse. Når det gjelder spredning av innovasjoner er det de mellomstore kommunene som leder an og det skjer først og fremst gjennom nettverk.

For å oppsummere de tre grunnende styrings- og koordineringsmekanismene, viser jeg til tabell 1.

	<b>Hierarki</b>	<b>Marked</b>	<b>Nettverk</b>
<b>Formål</b>	Bevisst design og kontrollere mål	Å skape resultater	Bevisst designe og kontrollere mål eller skape resultater
<b>Styring, type kontroll og evaluering</b>	Ovenfra-og-ned-etablerte normer og standarder, rutinger, overvåkning, inspeksjon, intervensjon	Tilbud og etterspørsel, prismetanisme, egeninteresse, profitt og tap som evaluering, rettsapparat, usynlig hånd	Felles verdier, felles problemanalyse, konsensus, lojalitet, gjensidig tillit, uformell evaluering, rykte
<b>Myndighetens rolle</b>	Ovenfra-og-ned-etablerte regler og styring, avhengige aktører	Skaper og vokter markeder, kjøper varer, aktørene er uavhengige	Tilrettelegger for nettverk, styrer og leder nettverk og deltar i nettverk
<b>Styring gjennom</b>	Autoritet og makt	Forhandlinger, informasjon, makt	Gjensidig samarbeid, tillit
<b>Teoretisk basis</b>	Webersk byråkrati	Neoinstitusjonell økonomi	Nettverksteori

Tabell 1: Tre grunnleggende styrings- og koordineringsmekanismer (Røiseland & Vabo, 2016).

### 3.3. Fra government til governance

Rhodes (1996 i Jacobsen, 2014) benytter begrepene «government» og «governance». «Government» benyttes om den tradisjonelle byråkratiske styringen gjennom institusjonenes struktur, kultur og personale. Mens «governance» beskriver offentlig styring som en dynamisk og kompleks prosess, hvor styringen skjer mellom og i samarbeid med ulike aktører, på tvers av de tradisjonelle grensene. Ved governance-tilnærmingen skjer styringen i større grad som en del av et samarbeid, hvor aktørene selv ikke kan løse problemene alene. Samtidig består ofte samarbeidet av autonome aktører, som fører til at beslutningene ikke nødvendigvis kan gjennomføres via hierarkisk makt, men utvikles gjennom dialog og samarbeid. Jacobsen (2014) peker samtidig på at det ikke er snakk om at governance-tilnærmingen overtar for government-tilnærmingen, men at det heller er snakk om at offentlig sektor i økende grad styres på andre måter enn tradisjonelle hierarkiske organisasjoner. Forskjellene mellom tilnærmingene government og governance illustreres i tabell 2.

	Government	Governance
Styring gjennom....	Institusjoner	Prosesser
Empirisk fokus	Enkeltaktører (institusjoner)	Interaksjon mellom aktører
Relasjoner	Hierarkiske /vertikale	Horisontale og laterale
Styringsformer	Ordrer, regler, struktur	Dialog, forhandling

Tabell 2: Tilnærmingene government og governance (Jacobsen, 2014, s. 23).

### 3.4. Nettverk og nettverksledelse

Innledningsvis i teorikapittelet beskrives offentlig sektor i endring, samt endringene innen offentlig organisering ved styring og ledelse. Disse endringene skjer ofte som et resultat av et ønske om å imøtekomme problemstillinger og utfordringer på en bedre måte. I denne delen av teorikapittelet rettes fokuset mot samarbeid gjennom nettverk.

Ettersom problemstillingen knytter seg til effekter av nettverkssamarbeid eksemplifisert gjennom RKG og et felles *innføringsprosjekt*, vil det først presenteres hva som ligger i nettverk. Videre presenteres Jacobsens (2014) analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid. I siste del av kapittelet beskrives teori rundt nettverksledelse, som kan ha stor betydningen for effektene av nettverk.

### 3.5. Hva er et nettverk?

Jacobsen (2014) viser til at flere forskere peker i retning av at governance egentlig dreier seg om nettverk. Videre skiller Jacobsen (2014) nettverk i to forståelser:

a) Nettverk som en spesiell organisasjonsform: Denne tilnærmingen beskriver nettverk som en type organisasjonsform, på siden av hierarki og marked. Forståelsen kan spores tilbake til klassisk institusjonell økonomi (Williamson & Ouchi 1981, i Jacobsen, 2014), hvor det i utgangspunktet var to rene organisasjonsformer for å utføre økonomiske transaksjoner. Dersom det ble markedssvikt, så flyttet man transaksjonene og koordineringen over til hierarkiet. Men det ble da også påpekt en annen effektiv styring, såkalt «Klanstyring», som var basert på tillit mellom partene (Ouchi 1980, i Jacobsen, 2014). Dette var en tidlig utgave av nettverksstyring.

b) Nettverk som relasjoner mellom likestilte aktører: Denne forståelsen bygger på klassisk sosiologisk og sosialpsykologisk tilnærming (Dowding 2001, i Jacobsen, 2014). Her er det snakk om relasjoner mellom autonome aktører og ikke at nettverket har et hierarkisk oppsett. Jacobsen (2014, s. 26) definerer nettverk ut fra denne forståelsen, som følger:

- a) et sett relativt autonome og likestilte *aktører*,
- b) som inngår i et sett *relasjoner* med hverandre,
- c) for å løse en eller flere *oppgaver*.

Powell (1990) hevder at nettverk har etablert seg som et reelt alternativ til hierarki og marked. Han mener at nettverk er noe helt for seg selv og ikke en hybrid. Powells artikkel fra 1990 *Neither market nor hierarchy: Network forms of organization* er et sentralt bidrag til å forstå nettverk. Powell (1990) pekte på at nettverk var noe annet enn både hierarki og marked, ved at nettverk skapte insitamenter for læring og formidling av kunnskap, slik at ideer raskt kunne iverksettes. Nettverkstilnærmingen var best når aktørenes ressurser var ulike og omgivelsene usikre. Ifølge Powell (1990, s. 303) beskrives nettverk slik:

*”Networks are ‘lighter on their feet’ than hierarchies. In networks modes of resource allocation, transactions occur neither through discrete exchange nor by administrative fiat, but through networks of individuals engaged in reciprocal, preferential, mutually supportive actions.”*

	<b>Marked</b>	<b>Hierarki</b>	<b>Nettverk</b>
Egenskaper			
<i>Viktigste mekanisme (normering)</i>	Kontrakter, opphavsrett og	Relasjoner mellom ansatte og regler	Komplementære styrke
<i>Kommunikasjonsform</i>	Prising	Rutiner	Relasjoner
<i>Konfliktløsning</i>	Forhandlinger og rettssaker	Administrativ disiplin og overvåkning	Gjnytelser og flykt for dårlig rykte
<i>Grad av fleksibilitet</i>	Høy	Lav	Medium
<i>Grad av forpliktelse</i>	Lav	Medium/høy	Medium/høy
<i>Tone/klima</i>	Presisjon/mistanke	Formell/byråkratisk	Åpen /felles fordeler
<i>Aktørenes preferanser/valg</i>	Uavhengige	Avhengige	Gjensidig avhengighet

Tabell 3: Marked, hierarki og nettverk (Powell, 1990).

Koppenjan & Klijn (2004) viser til en tosidig utvikling i samfunnet, som fører til at horisontale nettverk overtar for hierarki. Gjennom profesjonalisering, spesialisering, desentralisering og individualisering oppstår en rekke steder i samfunnet hvor individer, grupper eller organisasjoner treffer beslutninger. Dette fører på den ene siden til økt fragmentering, mens det på den andre siden også fører til at beslutningstakere har begrenset med ressurser, manglende overordnet innsikt og vil dermed påvirkes av beslutninger gjort av andre. Økt fragmentering og økt avhengighet fører til økt utbredelse av horisontale nettverk. Castells (2000 i Koppenjan & Klijn, 2004, s. 3)) beskriver det slik:

*«We live in a network society».*

Sørensen & Torfing (2016) viser til at de første nettverksstyrings- teoretikerne mente at nettverksstyring var en syntese av hierarki og marked, mens senere forskning peker mer i retning av at nettverk er en særskilt styringsmekanisme som gir et alternativ til hierarki og marked. Beslutningstakere både i privat og offentlig sektor ser på interaktiv nettverksledelse, som den beste måten å takle utfordringene som samfunnet nå møter som følge av økende fragmentering av samfunnet, kompleksitet og dynamisk samfunnsutvikling (Sørensen & Torfing, 2016).

Agranoff & McGuire (2001) beskriver at nettverk og nettverksledelse fungerer bedre ettersom verden nå i større grad er ekstremt kompleks og mangfoldig. I den industrielle tiden var byråkratiske organisasjoner funksjonelle, men etter at informasjons- og kunnskapssamfunnet

utviklet seg, så dukket nettverk opp som en bedre løsning hvor deltagere samarbeider på tvers av interne funksjoner, organisatoriske og geografiske grenser (Mandell, & Keast, 2009).

Podolny & Page (1998, s. 59) definerer nettverk slik:

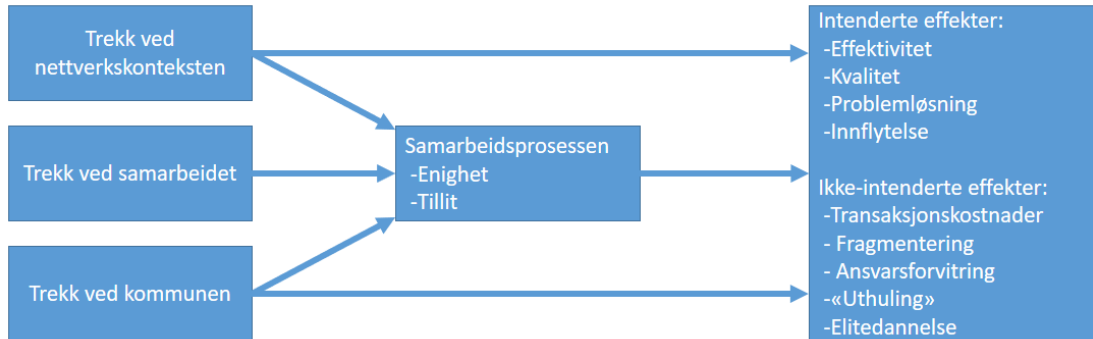
*«We define a network of organization as any collection of actors ( $N \geq 2$ ) that pursue repeated, enduring exchange relations with another and, at the same time, lack a legitimate organizational authority to arbitrate and resolve disputes that may arise during the exchange».*

Denne definisjonen trekker frem tre viktige faktorer som skiller nettverk fra marked og hierarki: Det er flere enn to aktører som har repeterende og vedvarende relasjoner uten at det er en formell autoritet/leder som kan skille eller løse tvister eller konflikter. I denne forståelsen kommer nettverk ikke som en erstatning for, men som et supplement til marked og hierarki. Det er denne forståelsen av nettverk oppgaven tar utgangspunkt i.

### **3.6. Trekk ved nettverkssamarbeid**

I denne delen av kapittelet beskrives en analytisk modell for evaluering av interkommunalt samarbeid, utarbeidet av Jacobsen (2014). Det er blant annet denne modellen som er brukt, som utgangspunkt ved utarbeidelsen av spørreskjemaet, for å belyse problemstillingen. I tillegg suppleres det med annen litteratur, for å få en bredere tilnærming til betydningen og effektene av nettverk og nettverksledelse.

## Analytisk modell for evaluering av interkommunalt samarbeid



Figur 7: Analytisk modell for evaluering av interkommunalt samarbeid (Jacobsen, 2014).

### 3.6.1. Trekk ved nettverkskonteksten

Jacobsens modell (2014) peker på trekk ved konteksten, samarbeidet og kommunen (aktøren), som har innvirkning på effektene av nettverkssamarbeid. Når det gjelder trekk ved konteksten trekker han frem både om det er betydelige fysiske avstander i samarbeidsområdet og om det er funksjonell integrasjon mellom aktørene i samarbeidsområdet. Dersom det skjer liten grad av pendling, så kan det tyde på at kommunene er mindre gjensidig avhengig av hverandre. Eller dersom det er store avstander, vil det kunne føre til større vanskeligheter med å utvikle et tett samarbeid.

Moore (2009) beskriver også betydningen av konteksten for å karakterisere formen nettverket tar og hva som førte til utviklingen. Han mener at nettverkets omfang knyttet til det geografiske nedslagsfeltet vil ha betydning for effektene av nettverket. Moore (2009) mener at nettverkets omfang, altså hvor mange og eventuelt typer grenser nettverket krysser, kan ha innvirkning på effekten. Er det for eksempel et sektor-overgripende nettverk, nettverk på tvers av forvaltningsnivå, eller et nettverk bestående av både private og offentlige virksomheter? Jo flere grenser nettverket krysser, jo mer komplekst blir nettverket.

Et siste punkt som Jacobsen (2014) nevner, er at den samlede ressurstilgangen i nettverket (økonomisk slakk), også vil kunne ha innvirkning på suksessen i samarbeidet.



### 3.6.2. Trekk ved samarbeidet

I den analytiske modellen for evaluering av interkommunalt samarbeid (Jacobsen, 2014) pekes det videre på at ulike trekk ved samarbeidet kan ha betydning for vellykkethet.

Typen samarbeid vil kunne ha betydning. Er det et produksjonssamarbeid, et lærings-samarbeid eller et styringssamarbeid? De ulike samarbeidene vil ha ulike mål, samtidig som det nok er elementer av alle disse typene samarbeid i ett nettverk (Jacobsen, 2014).

Størrelsen på nettverket, for eksempel dersom nettverket består av flere kommuner kan det føre til mer kompleks kommunikasjon, flere misforståelser og dermed sjeldnere felles enighet. En annen risiko ved for mange deltagere, kan være manglende tillit. På den andre siden kan større nettverk, med flere aktører, få større betydning for ekstern innflytelse (Jacobsen, 2014).

Integrasjon, altså kontakthypighet mellom aktørene, pekes på både av Jacobsen (2014) og Moore (2009). På den ene siden kan nettverk med høy tetthet føre til økt samhold, høy tillit og at samarbeide fungerer effektivt i å nå sine mål. Men dersom målet med nettverket er innovasjon og utvikling, kan for tette bånd føre til vanskeligheter med å få inn ny kunnskap og dermed redusere innovasjonsevnen.

Moore (2009) trekker også frem tykkelsen på nettverks interne aktiviteter/handlinger. Med dette menes, i hvor stor grad de ulike organisasjonene samhandler på ulike nivå i organisasjonene. I et tynt nettverk er det kanskje bare deltagerne som samhandler, mens i et tykt nettverk er det større utbredelse av samarbeid og samskaping på flere nivå mellom organisasjonene i nettverket.

Moore (2009) peker videre på at tykkelsen på nettverket har stor innvirkning på implementering av strategier og hvilket stadium nettverket er i. Tykke nettverk har større og raskere mulighet for å gå fra strategi til implementering i drift. I tillegg vil det ta lengre tid å få etablert og utviklet samarbeidet til et tykt nettverk.

Stabilitet i samarbeidet, ved at varige relasjoner kan gi mer kontinuitet som igjen kan føre til godt og effektivt samarbeid, er også en faktor. Samarbeid over tid vil ofte føre til en formaliseringsfase ved at man utvider samarbeidet til nye områder eller at flere aktører inviteres inn i samarbeidet (Jacobsen, 2014).

I nettverk og interkommunale samarbeid vil de ulike aktørenes avhengighet til samarbeidet ofte være ulikt. Dette kan omtales som symmetrien i nettverket. (Jacobsen, 2014). En aktør vil kanskje ikke ha så stor verdi av å delta og kan dermed trekke seg noe tilbake. Dersom makten i samarbeidet er asymmetrisk vil en kunne se at de «svake» partene vil måtte risikere at de «sterke» kan trekke seg ut, samtidig som de «sterke» vil kunne beskyldes de «svake» for å delta kun som gratispassasjerer. Dette kan føre til mistillit og dårlig samarbeidskultur.

Jacobsen (2014) peker også på hvordan nettverkene styres, altså samarbeidets autonomi, og nevner tre ulike former: a) Fagstyring, hvor fagpersoner både driver og styrer samarbeidet. b) Administrativ styring, hvor styringen skjer på administrativt ledelsesnivå. c) Politisk styring, hvor styringen skjer ved folkevalgte representanter.

Når det gjelder formalisering i slike samarbeid, så har nettverk i utgangspunktet ikke et formelt hierarkisk beslutningssystem (Jacobsen, 2014). For å kompensere for dette, kan nettverket etablere spilleregler for beslutnings- og rapporteringsprosesser. Noen nettverk har ikke leder, i andre samarbeid er en av deltagerne leder, mens andre igjen har en egen leder av nettverket.

Administrativ kapasitet nevnes også i denne sammenhengen. Har nettverket egne ressurser å benytte eller har nettverket bare de ressursene de ulike aktørene stiller til rådighet? Dersom det er egne administrative ressurser knyttet til nettverket, kan det føre til økt handlekraft. Samtidig er det da også en risiko for at nettverket «løsriver» seg fra deltagerne/aktørene (Jacobsen, 2014).

### **3.6.3. Trekk ved kommunen (e)**

I et samarbeid vil også de ulike deltagernes, i dette tilfellet kommunes økonomi og størrelse, ha avgjørende betydning. Oftest er bakgrunnen for å opprette nettverk eller interkommunale samarbeid knyttet til utfordringer med for små enheter, enten relatert til styring, læring eller produksjon (Jacobsen, 2014).

## **3.7. Samarbeidsprosessen**

### **3.7.1. Enighet og tillit**

For å oppnå suksess gjennom en samarbeidsprosess, har tradisjonell organisasjonsteori pekt på viktigheten av evnen til samarbeid (Jacobsen, 2014). Hvor gode resultatene ble, var ofte avhengig av hvor godt de interne prosessene fungerte. Nyere forskning på nettverk viser at tillit har fått en mer sentral plass (Jacobsen (2014). En snakker både om tillit på individ-, gruppe-, organisasjons- og samfunnsnivå. Jacobsen (2014, s 62) definerer tillit der a) noen aktører er (delvis) avhengige av hverandre, b) der det ikke foreligger noen mulighet for perfekt kontroll av det andre foretar seg, og c) der man velger å stole på at de andre aktørene man er avhengig av, ikke vil gjøre noe som kan «skade» en. Agranoff & McGuire (2001) peker også på viktigheten av sosial kapital for å styrke tilliten i nettverkssamarbeid.

I følge Jacobsen (2014) er det flere studier som har sett på suksesskriterier for vellykkede interkommunale samarbeid hvor enighet og tillit gjennomgående står sentralt. Sanda (2001, i Jacobsen, 2014 s. 64) er en av de mest siterte studiene over suksessfaktorer i interkommunalt samarbeid og viser til ytre og indre forutsetninger for vellykket interkommunalt samarbeid:

Ytre forutsetninger:

1. Lag interkommunale møteplasser og samarbeidsarenaer, både administrative og politiske.
2. Bli enige om en visjon for samarbeide som løsningsalternativ – en viljeserklæring.
3. Lag en strategisk plan for gjennomføring.
4. Bygg regionale holdninger gjennom bevisstgjøring og informasjon.
5. Bruk regionrådet som strateg og koordinator for interkommunalt samarbeid.

Indre forutsetninger:

6. Velg gode samarbeidsprosjekter der gevinstmulighetene synes åpenbare.
7. Sørg for god forankring dypt ned i organisasjonen for det enkelte samarbeidstiltaket.
8. Bruk tid på mobilisering, planlegging og gjennomføring.
9. Legg «trykk» på gjennomføringen.
10. Fokuser på lederrolle og gjennomføringsansvar.

Når det gjelder utvikling av nettverk, peker Moore (2009) på de ulike stadiene i utviklingen. Et av kjennetegnene ved nettverk er at de er i stadig endring og ikke faste og rigide. Nettverk kan aldri bli fullt etablert.

Powell (1990) trekker frem tre kritiske faktorer i nettverk: a) Know-how, b) Demand for speed og c) Trust. Den siste faktoren handler altså om tillit. I nettverk vil omdømmet til en deltager være det mest synlige signalet på pålitelighet. Ens omdømme på én arena bestemmer ofte ens omdømme også i en annen sak (Powell, 1990).

Røiseland & Vabo (2016) peker på tre effekter tillit mellom deltagerne i et samarbeid kan ha. a) Reduserte transaksjonskostnader, fordi det er tillit mellom deltagerne, b) Økt villighet fra deltagerne til å bidra inn i samarbeidet, fordi samarbeidet er solid og tillitsvekkende, c) Bidra til resultater, problemløsning og innovasjoner, fordi deltagerne gjennom tillit deler kunnskap og ressurser. Samtidig kan fravær av tillit være svært ødeleggende og hindre utviklingen i et samarbeid.

### **3.8. Effekter ved nettverkssamarbeid**

Ovenfor vises det til teori som beskriver trekk ved nettverkssamarbeid som kan ha betydning for effektene ved slike samarbeid. I det neste beskrives hvilke ønskede effekter og ikke ønskede effekter som kan oppstå ved nettverkssamarbeid.

### 3.8.1. Ønskede effekter

Som regel har opprettelsen av et nettverk en intensjon, et problem som ønskes løst. Men det viser seg også at nettverk over tid kan gi uønskede effekter. Jacobsen (2014) deler dette inn i *intenderte konsekvenser* og *ikke – intenderte effekter* av samarbeid.

#### **Intenderte effekter:**

Svært ofte er økonomisk effektivitet en ønsket effekt gjennom å utnytte stordriftsfordeler, etablere lavere produksjonskostnader og bedre kapasitetsutnyttelsen (Jacobsen, 2014 og Røiseland & Vabo, 2016). For en kommune kan produksjonssamarbeid gjennom nettverk være en økonomisk effektiv løsning dersom produksjonskostnadene for kommunen selv blir for store (smådriftsulempe) og transaksjonskostnadene også blir for store for kommunen ved alternativt å kjøpe tjenesten (kontroll, kontrakt, reforhandling, overvåkning). Gjennom nettverkssamarbeid kan kommunen da både høste gevinsten av nettverkssamarbeid og samtidig senke transaksjonskostnadene. Powell (1990) peker på at det er et jag etter rask utvikling. Han hevder da at partnerskap og koalisjoner er en raskere reposisjonering enn intern utvikling og er mindre kostbart, mindre irreversible og mer vellykkede enn omfattende fusjoner. Podolny & Page (1998) nevner også at nettverk kan føre til forbedret økonomisk ytelse og bedre administrativ ressursallokering.

Jacobsen (2014) peker videre på den ønskede effekten kvalitet og «robusthet». Dette handler om at en kommune kanskje ikke har den spesifikke kompetansen som kreves for å yte den aktuelle tjenesten. Gjennom samarbeid kan man da «spleise» på den nødvendige spesialiserte ressursen.

Økt kvalitet kan ofte føre til læring gjennom nettverk, som også er en potensiell effekt (Jacobsen, 2014). Gjennom nettverk kan man dele erfaringer og «best practice», noe som kan føre til økt kunnskap og læring, som igjen kan føre til økt effektivitet og høyere kvalitet.

KS sitt innovasjonsbarometer (2018) peker også på betydningen av nettverk med god delings- og læringskultur for å spre innovasjoner.

Podolny & Page (1998) viser til at nettverksdeltagere får mulighet til å skaffe seg økt kunnskap eller lære nye ferdigheter og dermed få legitimitet eller status. Legitimitet blir også nevnt av Jacobsen (2014) og handler da om at omgivelsene kan legge press på at en kommune bør inngå i slike samarbeid for å opparbeide seg legitimitet.

Nettverkssamarbeid kan være en måte å tilnærme seg slike «wicked problems» på, som ofte har et globalt preg over seg. «Wicked problems» handler om utfordringer som det ikke finnes enkle og forutsigbare løsninger på. Selv om man tror man har funnet en løsning på problemet, kan det dukke opp andre problemstillinger og andre utfordringer, kanskje andre steder i verdikjeden (Jacobsen, 2014). Agranoff & McGuire (2001) peker på synergieffektene av at det i nettverk tilføres mer informasjon og dermed flere alternativer og at deltagere i nettverk da vil kunne gi bedre beslutninger. I tillegg vil også engasjementet og samspillet mellom deltagerne stimulere til nye alternativer som ellers kanskje ikke ville blitt vurdert.

Interkommunalt samarbeid kan være en måte å øke påvirkningen på og få en tydelig stemme ovenfor andre eksterne aktører, slik som for eksempel staten. En kommune kan bli for svak i en nasjonal eller internasjonal sammenheng. Gjennom nettverk kan man derimot øke makt og innflytelse (Jacobsen, 2014).

### **3.8.2. Uønskede effekter**

Gjennom samarbeid i nettverk vil det kunne føre til ønskede effekter, som nevnt ovenfor. Samtidig viser det seg at nettverkssamarbeid også kan føre til «ikke-intenderte effekter». Nedenfor nevnes noen «ikke-intenderte effekter» av samarbeid.

Gjennom nettverk og samarbeid vil det forekomme transaksjonskostnader (Jacobsen, 2014). For eksempel vil etableringen av et nettverk kunne være en tidkrevende prosess, med både dialog og forhandlinger. Styring av nettverk ved at det etableres råd, styrer eller lignende i tillegg til andre styringsorganer, vil kunne føre til transaksjonskostnader. Dette vil også være avhengig av hvor formelt nettverket er. Rapportering, overvåkning, vedlikehold og utvikling av samarbeidet vil også kunne føre til økte transaksjonskostnader. Ofte må nettverkene lage

årsrapporter og rutiner utenfor de etablerte kommunale systemene. Videreutvikling av samarbeidet kan føre til behov for økt finansiering, organisering og gjensidig arbeid for å bygge tillit mellom partnerne i samarbeidet. Høy grad av tillit vil kunne føre til mindre konflikter og mindre tid på «forhandlingsmøter» og dermed lavere transaksjonskostnader.

Jacobsen (2014) trekker også frem faren for fragmentering og peker på to dimensjoner: Horisontalt kan interkommunale samarbeid føre til at det opprettes nye og formelle enheter, i tillegg til de man allerede har. Vertikalt kan slike nettverk føre til mer kompliserte og fragmenterte beslutningsprosesser for kommunene. Gjennom både horisontal og vertikal fragmentering kan det føre til at det for innbyggerne blir vanskeligere å forstå hva som er det kommunale ansvaret og hvem som egentlig har ansvaret.

Ansvarsforvitring kan også komme som en uønsket effekt (Jacobsen, 2014). De demokratiske prosessene i Norge handler nettopp om at innbyggerne kan holde de folkevalgte representantene til ansvar gjennom kommunevalg og at de valgte representantene igjen kan holde sin kommuneadministrasjon ansvarlig gjennom den hierarkiske strukturen i kommunen. Dersom det blir økt bruk av nettverkssamarbeid kan det føre til ansvarsforvitring da det kan bli uklart hvem som har ansvaret ettersom det kanskje er flere autonome aktører som «eier» nettverket. Ved at det opprettes nettverk og mer formelle interkommunale samarbeid kan det videre føre til en «uthuling» av andre tradisjonelle styringsorganer.

Powell (1990) peker også på risiko for elitedannelse. Han mener at samfunnsutviklingen fører til en økende spesialisering og ekspertise og at hierarki og marked faktisk kan være et hinder for dette fordi ekspertene selv kan velge å bytte jobb. Men at en nettverkstilnærming fører til økt sannsynlighet for deling av kritisk informasjon og utvikling av en viss grad av tillit til hverandre. Jacobsen (2014) peker på elitedannelse i politiske organer og nevner to hensyn: 1) Informasjonen i interkommunale samarbeid blir gitt mer samlet, komprimert og overordnet. Dette vil kunne være informasjon som er vanskeligere å gå inn i enn enkeltsaker. For politikere på deltid, vil dette være vanskelig å få innsikt i. Slik styring vil dermed favorisere mer sentrale politikere som er frikjøpt. 2) Det vil også kunne bli en elitedannelse gjennom

hvem som sitter i slike samarbeid. Det kan være tidkrevende å sitte i slike råd og styrever og det vil da være de mest sentrale frikjøpte politikerne som deltar.

Esmark (i Sørensen & Torfing, 2016) peker på de demokratiske utfordringene ved nettverksstyring og nevner tre viktige dimensjoner innen nettverkssamarbeid: *Inkludering/deltagelse*: Det bør være mulig å avgjøre hvem som er beslutningstakere i en beslutningsprosess og hvem som skal stå ansvarlig, *Offentlig*: Beslutningsprosesser bør være åpne og tilstrekkelig offentlig og transparent og *respons*: Det bør være mulig å gi respons, tilbakemelding og eventuelt sanksjonere mot et tiltak eller vedtak som er fattet.

Podolny & Page (1998) peker på en interessant problemstilling: Siden nettverk på mange måter tilsynelatende løser noen utfordringer bedre enn hierarki og marked, er det naturlig å spørre seg om hvorfor det ikke i større grad benyttes nettverk og om det fins nettverk som ikke lykkes. Podolny & Page (1998) bemerker nettopp dette, selv om det ikke er noen særlige vitenskapelige studier av feilfrekvensen av nettverk. De henviser til journalistiske- og ledelseskilder som konkluderer med at en svært stor andel av en type nettverkssamarbeid, strategiske allianser, fører til feil. Samtidig peker de på at det trengs mer forskning rundt dette med nettverk som ikke lykkes.

I dette kapitlet er det pekt på noen uønskede effekter ved nettverkssamarbeid. I det neste kapitlet fokuseres det på ledelsen av nettverk og samarbeid.

### **3.9. Nettverksledelse**

Røiseland & Vabo (2016) beskriver at den sentrale forskjellen på ledelse og styring er hvilke funksjoner de to begrepene henviser til. Styring er en mer systemisk tilnærming hvor de ansatte forsøkes påvirket gjennom økonomiske og administrative rammebetingelser. Ledelse handler mer om at atferden forsøkes påvirket gjennom det relasjonelle. I det videre fokuseres det på ledelse i nettverk, hvor det relasjonelle har en sentral plass.



Agranoff & McGuire (2001) peker på at tradisjonell hierarkisk ledelse og nettverksledelse vil være to parallelle løp som overlapper. I motsetning til i hierarkisk ledelse, har man i nettverksledelse ikke en sentral autoritet. Hovedaktivitetene for en nettverksleder vil være å velge de aktuelle aktørene og ressursene, og utvikle måter å takle strategiske og operative komplekse problemstillinger på.

Nettverksledelse er også annerledes enn tradisjonell hierarkisk ledelse ved at i samarbeidende nettverk ikke er noen «følgere» eller «overordnede-underordnede – relasjoner». I nettverk er det derimot likestilte, horisontale relasjoner som fokuserer på å levere samarbeidsløsninger. Dette krever en annen type ledelse. Prosessen lederskap blir kanskje viktigere enn de individuelle egenskapene til lederskap (Mandell & Keast, 2009). Mandell & Keast (2009, s. 169). Oppsummering av noen viktige faktorer når det gjelder ledelse i samarbeidsnettverk:

- Bygge relasjoner og utvikle et samarbeidsklima, ikke gjennom makt og posisjon, men gjennom oppmuntring og forhandlinger, slik at man kommer til enighet om en sak.
- Bærekraft, engasjement og forpliktelser, innbyrdes avhengighet mellom partnerne.
- Fokus på prosess, ikke bare oppgaver. Handler om å få folk til å samarbeide. En pådriver ble ansett som viktig, for å utvikle relasjonene, får partnerne til å holde seg til saken og utvikle samarbeidet og innovative løsninger. Pådriveren trengte ikke å være lederen av nettverket.
- Bygge en ny helhet og systemendringer. Det handler ikke bare om å utveksle erfaringer. Ved å kombinere aktørenes perspektiver, ressurser og egenskaper, blir summen av nettverkssamarbeidet større enn det ville vært hver for seg.  $2+2=5$ .

Røiseland & Vabo (2016) trekker frem tre sentrale behov i ledelse av nettverkslignende samarbeid: a) Kommunikasjon og kunnskapsdeling. b) Etablering av felles mål og hensikt. c) Utvikling av tillit mellom deltagerne i samarbeidet.

Lederskap i samarbeidsnettverk handler om relasjonelt lederskap, hvor man skal inspirere, pleie og støtte disse relasjonene. I slike nettverk står tillit mellom partnerne svært sentralt. I «samarbeidende» nettverk pekes det på viktigheten av prosess-katalysator-rollen. Det handler om å få folk til arbeide sammen (Mandell & Keast, 2009).

Arbeidet med å utvikle tillit i samarbeidet er så sentralt at Røiseland & Vabo (2016) beskriver at tillit kan komme som et alternativ til de hierarkiske relasjonene i en annen organisasjon.

Nettverkslederen bør være en mekler og stimulere til samarbeid og ikke en ledertype som tradisjonell direktør i en virksomhet. Nettverkslederrollen trenger ikke å være en og samme person, men kan i prinsippet bli utført av flere deltagere i nettverket (Koppenjan & Klijn, 2004).

Innenfor tradisjonell ledelsesteori benyttes ofte akronymet «POSDCORB», som en huskeliste over steg i en styringsprosess (Agranoff & McGuire, 2001). Akronymet står for: Planning, Organizing, Staffing, Directing, Co-Ordinating, Reporting og Budgeting. Agranoff og McGuire (2001) undersøkte om det fantes tilsvarende liste innenfor nettverksledelse og kom frem til at nettverksledelse best kan beskrives gjennom fire ledelsesfunksjoner eller ”*Collaborative Management Skills*”. Disse fire ledelsesfunksjonene er: 1) Aktivisering: Handler om å identifisere deltagere og interessenter, med deres kunnskap, egenskaper og ressurser. Det er derfor også viktig å identifisere de riktige deltagerne, ettersom disse ressursene blir viktige mekanismer i et vellykket nettverk. 2) Rammer/ tilpasning: Dette handler om tilpasninger av nettverket både innledningsvis, men også underveis, slik at man forbedrer nettverket og reduserer mulighet for suboptimalisering. Videreutvikling av normer, regler og rammer. En nettverksleder kan tilføre nye ideer, tilpasse interaksjonen mellom deltagere, justere beslutningsprosesser eller se ting fra en ny side. 3) Mobilisering: Her handler det om å skape og mobilisere ressursene og aktørene i nettverket, slik at de kjenner seg forpliktet til å bidra inn i nettverket for å oppnå det strategiske formålet. Det handler om å selge inn nettverket hos de ulike aktørene, slik at de også frigir ressurser, både den enkeltes bidrag og økonomiske ressurser som vil styrke helheten. 4) Syntetisering: her handler det om å skape en kultur og forhold som stimulerer til produktive interaksjoner mellom nettverksdeltagerne. Nettverkslederen prøver å stimulere til samarbeid ved å redusere, minimere eller eventuelt å fjerne hindringer for samarbeid.

Når det gjelder nettverksledelse, trekkes også avhandlingen til Are Vegard Haug (2009) frem som eksempel. Haug studerte nye organisatoriske samarbeidsformer i kommunenes møte med teknologi, blant annet med vekt på ledelse av nettverk. I sin avhandling gjorde Haug noen spennende og nye observasjoner som var knyttet til tre forhold:

- a) Nettverksdirigent: Dette er en person som fletter sammen flere nettverk som i utgangspunktet var selvstendige og isolerte nettverk, og som nå fungerer sammen i en helhet. Personen jobber i bak kulissene, skaper synergier, kobler personer, skaper allianser og trekker i trådene. Vedkommende påtar seg ofte roller i flere nettverk og har gjerne flere styreverv.
- b) Dyadisk lederskap: Dette handler om at nettverksledelsen domineres ofte av to personer, altså en dyadisk nettverksledelse og disse fungerer som et «radarpar».
- c) Endringer i henhold til blandingsforholdet PAIE- skjemaet: Dette er den tredje observasjonen til Haug (2009) og peker på at ledelse i de kommunale nettverkene generelt sett er viktig. I de tradisjonelle kommunale organisasjonene er nok administratorrollen (A) og Integratorrollen (I) vektlagt. Haug (2009) oppdaget da at nettverk kanskje kunne skape rom for produksjonsrollen (P) og entreprenørrollen (E) og dermed bli et supplement til tradisjonelt lederskap i offentlig sektor. De kommunale lederne kunne da skape seg et handlingsrom for entreprenørskap gjennom nettverkene og at dette kunne styrke den kommunale innovasjonen.

Moore (2009) beskriver også viktigheten av pådriverrollen i nettverket for utviklingen av nettverk. Samtidig vektlegges det om nettverket ble etablert ovenfra og ned eller nedenfra og opp.

Robert Agranoff (i Røiseland & Vabo, 2016) viser til at det ofte er en person eller en liten gruppe som blir godtatt av de andre deltagerne som legitime ledere i nettverket. Han peker videre på at det er fire typer av ressurser som er sentrale i slik samarbeid: a) Primus motor, b) deltagere med intern politisk innflytelse, c) deltagere med teknisk innflytelse og d) deltagere med administrativ kapasitet.

### **3.10. Oppsummering utviklingslinjer**

I dette teorikapittelet har det innledningsvis blitt presentert teori knyttet til endringer i offentlig sektor, det kommunale styringskretsløpet, samt utviklingstrekk innen organisering og ledelse i kommunene. Det har skjedd en utvikling fra etterkrigstiden hvor kommunene hadde en hierarkisk tilnærming gjennom byråkrati eller såkalt Public administration (PA) til New public management (NPM) (Bovaird & Loeffler, 2016; Salamon, 2002). De siste par tiår

har man også sett en dreining bort fra NPM og mer over mot nettverkssamarbeid og New public governance (NPG) (Osborne, 2010 og Jacobsen, 2014). Innenfor NPG fokuseres det mer på samarbeid på tvers av sektorer og forvatningsnivåer, enn på marked og konkurranse. Videre trekkes det frem teori rundt nettverk og nettverkledelse. Powell (1990) hevder for eksempel at nettverk har etablert seg som et reelt alternativ til hierarki og marked.

Kapittelet har tatt utgangspunkt i Jacobsens (2014) analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid og beskrevet trekk ved slike samarbeid og selve samarbeidsprosessen, hvor tillit og enighet er svært sentrale faktorer. Modellen til Jacobsen (2014) presenterer også intenderte effekter (effektivitet, kvalitet, problemløsning og innflytelse) og ikke-intenderte effekter (transaksjonskostnader, fragmentering, ansvarsforvitring, «uthuling» og elitedannelse) ved samarbeid i nettverk.

Ettersom problemstillingen for oppgaven knytter seg til effekter av nettverkssamarbeid, har det blitt valgt å ta utgangspunkt i ovenfor nevnte teori. Den analytiske modellen for evaluering av interkommunalt samarbeid, samt supplerende teori, har dannet grunnlaget for utarbeidelse av spørreskjemaet og dermed datainnsamlingen. I neste kapittel blir forskningsdesign og metodevalg beskrevet.

## 4. Metode

I dette kapitlet presenteres valg av undersøkelsesdesign og metode for å belyse problemstillingen best mulig. Jacobsen (2018, s. 15) beskriver metode som den strategien man velger som fremgangsmåte for å samle inn gyldige og troverdige empiriske data om virkeligheten. Metodebruken skal tilfredsstillе både kravet om validitet (gyldighet og relevans) og kravet om reliabilitet (pålitelighet og troverdighet) i forskningen.

Målet med oppgaven er å gjøre en empirisk undersøkelse for å få mer innsikt av effekter ved nettverkssamarbeid i kommuner.

Oppgavens problemstilling er: *Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner.*

Følgende forskningsspørsmål ønskes besvart:

1. *Hvilken betydning har nettverkssamarbeidet RKG hatt for Agder på region- og kommunenivå?*
2. *Hvilken betydning har RKG hatt for innføring av velferdsteknologi i agderkommunene?*
3. *I hvilken grad oppnår RKG målsetningene?*
4. *Hva betyr ledelse, organisering og administrasjon for funksjonen i nettverket RKG?*
5. *Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?*

Dette kapitlet beskriver altså strategien som er valgt for å belyse problemstillingen best mulig.

### 4.1. Forskningsdesign og metodevalg

Når det gjelder valg av design går det et klart skille mellom a) beskrivende/korrelasjonell: beskrive en situasjon, et tverrsnitt på et bestemt tidspunkt og b) kausale: som handler om årsak – virkning, hvor man innhenter opplysninger fra flere tidspunkter. I denne oppgaven har jeg valgt designet tverrsnittsundersøkelse. Valg av undersøkelsesdesign kan ha betydning for validiteten (gyldigheten) (Jacobsen, 2018). Hvilket undersøkelsesdesign egner seg best til å

besvare problemstillingen (gyldighet/validitet) og vil valget av undersøkelsesopplegg kunne påvirke resultatene jeg kommer frem til gjennom undersøkelsen (pålitelighet)?

For å belyse problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i Jacobsen (2014) *analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid*. Dette innebærer en deduktiv tilnærming, ved at det er en teoretisk drevet forskning for å utarbeide et måleverktøy.

I oppgaven undersøkes samtlige 30 kommuner i Agder. Dette representerer et ekstensivt opplegg med få men sentrale variabler og mange enheter (Jacobsen, 2018). Tverrsnittsundersøkelse vil også være relevant for gyldighet av funn i studien utover gjeldende kontekst (ekstern validitet), noe som er aktuelt ettersom Rådmannsgruppen har etablert tilsvarende regionale nettverk innen folkehelse og levekår og vurderer å etablere det for klima og miljø.

Gjennom et slikt undersøkelsesdesign er det derimot vanskeligere å få frem nyanser og risikoen for å bli virkelighetsfjern er tilstede. Intervjuer med et stort nok utvalg av representantene i helseledernetverkene var ikke gjennomførbart av ressursmessige hensyn. Et annet alternativ kunne vært å sammenligne Agder med en annen tilsvarende region, som også holder på med å innføre velferdsteknologi, slik at man ved en kontrollgruppe kunne ha sett effektene med/uten en «RKG» i en region. Ettersom denne undersøkelsen har ressursbegrensninger (tid og penger) blir undersøkelsen gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse, et «øyeblikksbilde» og dermed uten muligheter for å uttale seg om kausale sammenhenger.

Ved empiriske undersøkelser kan man velge mellom en kvalitativ og kvantitativ metode eller en kombinasjon av disse to. Jacobsen (2018) viser til at det i et pragmatisk perspektiv på metodevalg, velges den metoden som virker mest hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Oppgavens problemstilling er en mer utforskende problemstilling, hvor ønsket er å finne effekter av nettverk som fenomen, eksemplifisert gjennom innføring av velferdsteknologi i kommunene, men ikke kunne påvise effektstørrelser. Det ønskes å gå i bredden og undersøke mange enheter (30 kommuner) og man har derfor valgt et ekstensivt opplegg. Dette er en kvantitativ tilnærming og det benyttes et web-basert spørreskjema (SurveyXact®, Rambøll), sendt ut via epost.

Til daglig er jeg frikjøpt noe til en rolle i RKG sekretariat og har dermed fått god innsikt i hvordan samarbeid gjennom nettverk, slik som RKG, kan fungere. Derfor ønsket jeg å vite mer om hvilken effekt kommunene i Agder opplever at RKG har og en kvantitativ tilnærming var da hensiktsmessig. I tillegg blir RKG sekretariat i økende grad, forespurt om å dele erfaringer om nettverket.

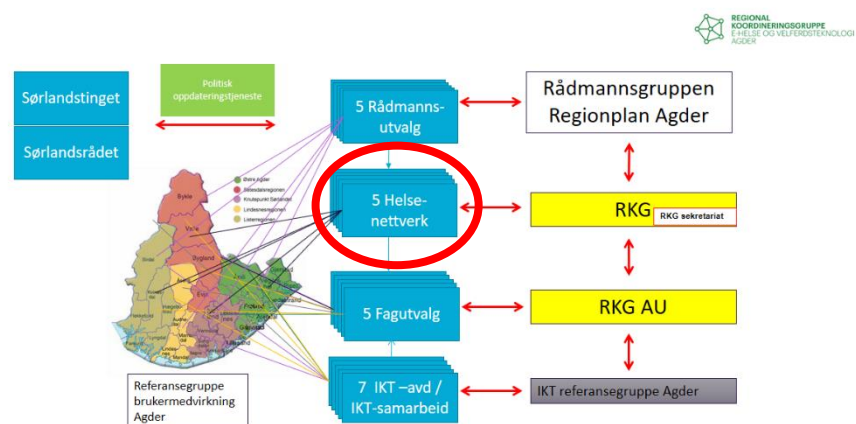
## 4.2. Valg av respondenter

Som nevnt tidligere ble Regional koordineringsgruppe etablert og forankret i Rådmannsgruppen –Regionplan Agder i 2016. Agder består av 30 kommuner og kommunene har etablerte samarbeid gjennom fem kommuneregioner: Lindesnes, Lister, Setesdal, Østre Agder og Region Kristiansand. I RKG sitter det en representant fra hver av disse fem regionenes helseledernettsverk, samt representant fra Kristiansand og Arendal. I de fem Helseledernettsverkene i Agder sitter helseledere fra kommunene i den enkelte region.

For best å kunne belyse problemstillingen har det blitt valgt to grupper respondenter. Den ene gruppen respondenter er på kommunalsjefs-/helseledernivå i samtlige 30 kommuner (Rød sirkel i figuren).

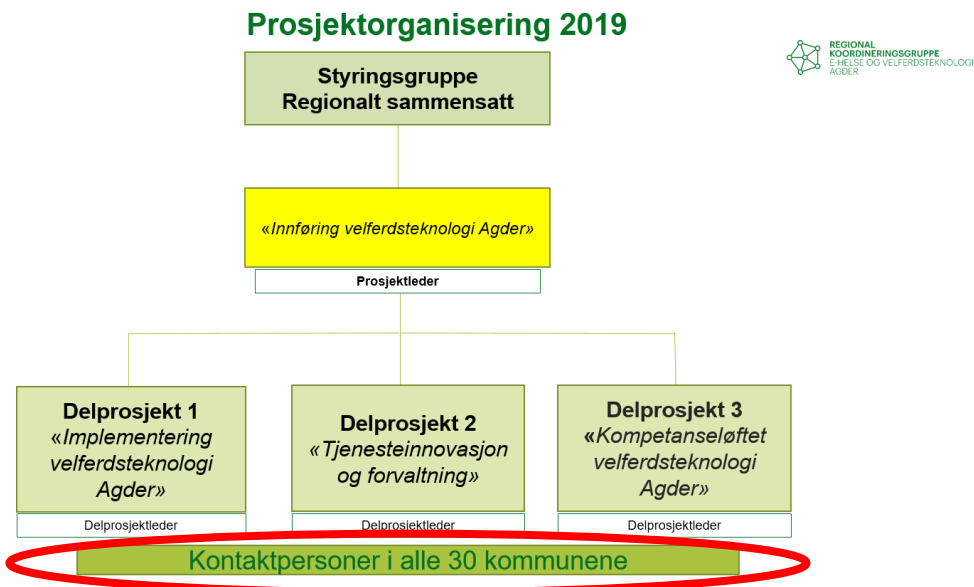
Det ble vurdert å

inkludere rådmennene i de 30 kommunene som respondenter, men jeg ønsket å ha informanter som hadde tettere erfaring med effektene av RKG for agderkommunene for best å kunne belyse problemstillingen og valgte derfor helseledernivå. For å få epostadressene til representantene i helseledernettsverkene ble regionenes representanter i RKG kontaktet. Leder RKG ble orientert om spørreundersøkelsen.



Figur 8: Illustrasjon over respondenter på kommunalsjefs-/helseledernivå.

For ytterligere å belyse effektene av RKG e-helse, samt betydningen for agderkommunene av prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder*, ble også de kommunale kontaktpersoner for «Innføringsprosjektet» forespurt (Rød sirkel i figuren nedenfor). For å få epostadressene til kontaktpersonene ble prosjektleder for *Innføring velferdsteknologi Agder* kontaktet.



Figur 9: Illustrasjon av respondenter fra «kontaktpersoner i kommunene»

### 4.3. Utarbeidelse av spørreskjema

Ettersom man ikke hadde tilgang til et allerede utviklet spørreskjema som kunne besvare forskningsspørsmålene, har det blitt utviklet et eget spørreskjemaet. I utarbeidelsen av spørreskjemaet ble det gjort en teoretisk og praktisk tilnærming. Før utsendelse av spørreskjemaet ble det gjennomført en test.

#### 4.3.1. Teoretisk utarbeidelse av spørreskjema

Spørreskjemaet ble utarbeidet med bakgrunn i nettverksteori, samt at inspirasjon ble hentet fra rapporten «Evaluering av interkommunalt samarbeid etter kommunelovens §27 – omfang, organisering og virkemåte» (Jacobsen, 2010), samt flere mastergradsoppgaver (Vegge, 2016; Andresen, Tiochta, & Tiochta, 2017; Enersen & Salvesen, 2012).



For å systematisere spørreskjemaet ble det tatt utgangspunkt i Jacobsen (2014) sin analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid.

#### **4.3.2. Praktisk utarbeidelse av spørreskjema**

I forkant av spørreundersøkelsen ble representantene i AU RKG involvert. Hensikten var å få innspill til og samtidig kvalitetssikre spørreskjemaet. Dette var også et tiltak for å få en bredere tilnærming til systematiseringen av spørreundersøkelsen, slik at den ikke bare ble utarbeidet fra mitt perspektiv. Disse spørsmålene ble sendt til AU RKG og var med som grunnlag i utarbeidelsen av spørreundersøkelsen:

- a) Hvilke effekter mener dere at RKG har hatt for kommunene i Agder?
- b) Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?

#### **4.3.3. Kvalitetssikring av spørreskjema**

Etter en teoretisk og praktisk tilnærming ble spørreskjemaet utarbeidet. Undersøkelsen har i stor grad vært prestrukturert ved at det var forhåndsdefinerte svaralternativer. For å ikke ha en helt lukket undersøkelse, var noen spørsmål åpne. Før utsendelse ble det gjennomført en kvalitetssikring av spørreskjemaet, ved at tre-fire personer besvarte en test-versjon av spørreskjemaet. Prosjektet/undersøkelsen ble meldt til NSD 26.11.18. Prosjektet ble godkjent 14.12.2018.

### **4.4. Datainnsamling**

Datainnsamlingen ble gjennomført ved at respondentene enkeltvis mottok en e-post-henvendelse fra Universitet i Agder. Informantene fikk informasjon om prosjektet, spørreskjemaets hensikt, innhold og tentativ tidsramme, samt at informert samtykke ble innhentet. Spørreskjemaet ble sendt elektronisk via programmet Survey Xact®. Det ble sendt ut to påminnelser. Totalt ble spørreskjemaet sendt ut til 60 respondenter fordelt i to grupper:

- a) Kommunens representant i helseledernetverket og
- b) Kommunens kontaktperson for prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder*. En av respondentene hadde sluttet og var ikke blitt erstattet. En annen av respondentene innehadde begge rollene a) og b) for sin kommune.

Utvalget er dermed 58. Av disse 58 var det 19 som ikke besvarte, sju som delvis besvarte og 32 som besvarte alle spørsmål. Av de sju som delvis besvarte ble to forkastet (på grunn av lav svarprosent i store deler av besvarelsen) og fem ble beholdt (da de hadde besvart sentrale deler av undersøkelsen). I de ulike analysene vil det stå N= 32, N=33 eller N=37, avhengig av antall besvarte på det aktuelle spørsmålet.

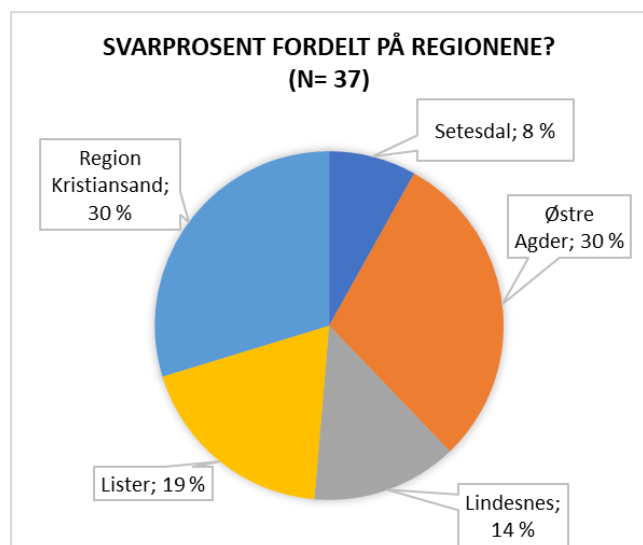
Svarprosenten basert på utvalget varierer dermed fra 55,2 % til 63,8 % avhengig av spørsmålsbatteriet, noe som anses å være tilfredsstillende ((Baruch 1999; Richardson 2005) i Jacobsen, 2018).

#### 4.5. Representativitet

Representativitet presenteres i oppgaven gjennom *svarprosent totalt*, *svarprosent fordelt på regionene*, *svarprosent innen hver region*, *svarprosent fordelt på kommunestørrelse* (antall innbyggere) og *svar fordelt på rolle/funksjon*.

##### Svarprosent fordelt på regionene:

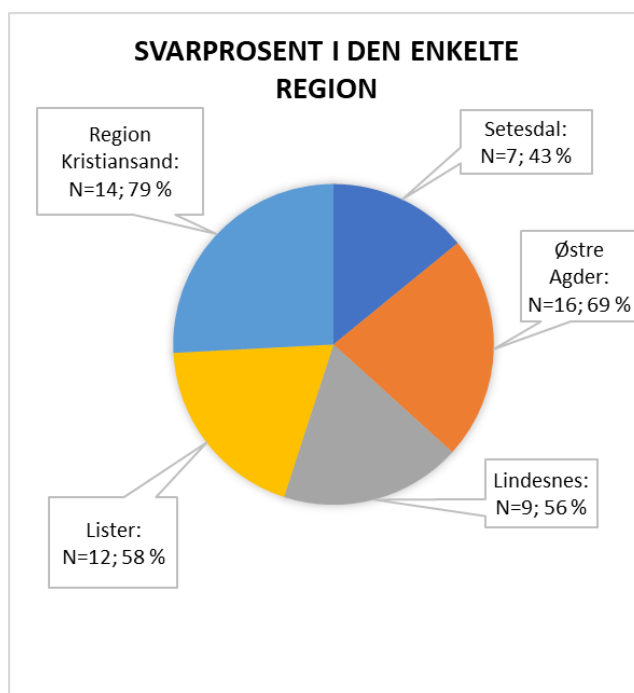
Respondenter fra alle regionene har svart på spørreundersøkelsen. Av totale svar kommer flest fra Region Kristiansand og Østre Agder, mens færrest svar kommer fra Setesdal.



Figur 10: Svarprosent fordelt på regionene.

### Svarprosent i den enkelte region:

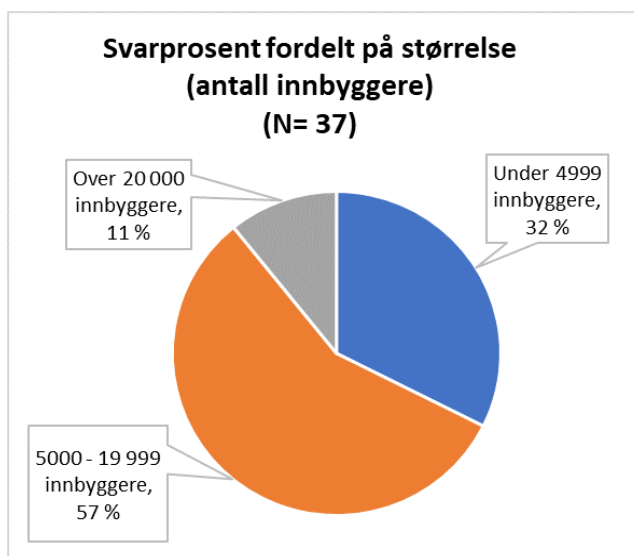
Svarprosent innen hver region er generelt høy og høyest fra Region Kristiansand og Østre Agder. Svarprosenten er lavest hos respondentene fra Setesdal.



Figur 11: Svarprosent i den enkelte region.

### Svarprosent fordelt på kommunestørrelse (antall innbyggere)

Både små, mellomstore og store kommuner var blant respondentene i spørreundersøkelsen. Høyest andel svar kom fra kommuner med 5000-19 999 innbyggere (figur 12).



Figur 12: Svarprosent fordelt på størrelse (antall innbyggere).

Rolle/funksjon (mulig å krysse av for flere alternativer)	Antall
Representant i Fagutvalg for e-helse og velferdsteknologi	11
Kommunens kontaktperson for prosjektet Innføring velferdsteknologi Agder	19
Representant i RKG	5
Leder av et helseledernetverk	3
Kommunens representant i et helseledernetverk	20

Tabell 4: Svar fordelt på rolle/funksjon.

11 av respondentene deltok i et fagutvalg e-helse og velferdsteknologi. 19 av respondentene var kommunens kontaktperson inn mot innføringsprosjektet. Det vil si at 19 av 30 kommuners kontaktpersoner var representert i spørreundersøkelsen.

RKG består av sju kommunale representanter (se kap 2.3). Fem av respondentene i spørreundersøkelsen var kommunale representanter i RKG. Dermed svarte 71% av kommunale representanter i RKG på spørreundersøkelsen.

20 av respondentene var kommunenes representant i helseledernetverket i sin region, mens tre av respondentene var leder av helsenettverket i sin region. Etersom det er 30 kommuner, deltok 67 % av representantene i helseledernetverkene i Agder i spørreundersøkelsen.

Representativiteten i spørreundersøkelsen vurderes som tilfredsstillende.

## 4.6. Analyser

Spørreskjemaet bestod av åtte spørsmålsbatterier, som benyttet en Likert-skala 1- 5. Skalaen var gradert fra 1= svært uenig/svært liten grad til 5 = svært enig/svært stor grad.

Svaralternativ *vet ikke* har tallverdi 0 og ble ikke tatt med i gjennomsnittsanalysen, men vises som egen søyle i variasjonsanalysen. Denne oppgaven har en univariat og bivariat analyse (Jacobsen, 2018). Det gjennomføres en gjennomsnittsanalyse for å vise: a) sentraltendens (gjennomsnitts-analyse) og en frekvensanalyse for å vise b) spredning (variasjonsanalyse) (Jacobsen, 2018).

a) **Gjennomsnittsanalyse:** Her beskrives det typiske svaret i en fordeling. Hva er gjennomsnittet blant respondentene på hvert spørsmål?

I oppgaven ble hvert spørsmål analysert og hvert svaralternativ ble kodet og gitt en tallverdi. I gjennomsnittsanalysen presenteres snittverdien ved absolutte tall.

b) **Variasjonsanalyse:** Her beskrives variasjonen i fordelingen. Hvor stor er variasjonen i oppfatningen blant respondentene på hvert spørsmål?

I variasjonsanalysen ble svaralternativene først kategorisert i tre grupper: Uenig, verken/eller og enig. Deretter valgte jeg ut noen interessante funn og testet disse mot kommunestørrelse. Enkelte av funnene ble også testet mot rolle hos respondentene.

Videre gjennomførte jeg også bivariat analyse, som viser samvariasjon mellom to variabler (Jacobsen, 2018).

c) **Samvariasjonsanalyse:** Her ser man om det er noen statistiske samvariasjoner mellom de variablene som man ønsker å se nærmere på. Er det for eksempel samvariasjon fra de som representerer store kommuner eller små kommuner eller mellom ledernivå og kontaktpersonnivå? Det er gjennomført en krysstabell for å se om det var mønster mellom ulike variabler.

Respondentens svar på åpne spørsmål benyttes i oppgaven for å illustrere og utdype drøfting av kvantitative funn.

Dataene blir i kapittel fem presentert gjennom både kakediagram, stolpediagram og tabeller.

#### **4.7. Styrker og svakheter ved studien**

Et ideelt forskningsdesign for å vurdere effekter av modellen, ville være en prospektiv randomisert kontrollert undersøkelse som inkluderte et tilstrekkelig antall kommuner/regioner basert på styrkeberegning av forventet effekt av intervensjonen. I og med at intervensjonsgruppen her var gitt, RKG-modellen var i bruk og ressursene begrenset, var et slikt design ikke mulig. Valgt design med en tverrsnittsundersøkelse kan likevel gi nyttig informasjon som kan brukes til justeringer av modellen og ha overføringsverdi til bruk av modellen i en annen kontekst.

Denne studien tar utgangspunkt i et nettverk som jeg aktivt kjenner godt. Via rollen i sekretariatet for RKG, har man førstehåndskjennskap til teamet, noe som kan innebære både styrker og svakheter. Fordelen er at man er godt kjent med nettverket og strukturene på Agder. Ulempene kan være at man blir for involvert i casen, slik at det kan være vanskelig å innta en objektiv og analytisk holdning til studiet. Det kan være vanskelig å ivareta den kritiske avstanden til det man skal undersøke. Van Hecke 2007 (i Jacobsen, 2018) viser til begrepet «blinde flekker» om situasjoner hvor en lett inntar en forutinntatt holdning til hvordan faktisk ting er. Disse aspektene var da også noe av årsaken til at spørreskjema ble valgt og ikke intervju som metode. Gjennom en undersøkelse med kvantitative data vil en enklere kunne bevare en kritisk avstand til studien. For å få en bredest mulig tilnærming rundt

effektene RKG har hatt for agderkommunene, ble samtlige kommunalsjefer/helseledere på Agder valgt som informanter. En svakhet med dette valget av metode kan være at man gjennom en kvantitativ tilnærming blir virkelighetsfjern og at min oppfattelse av situasjonen kan prege valg av spørsmål. Respondentene blir på mange måter påtvunget spørsmål og svaralternativer, noe som kan gi overfladisk informasjon. Man mister muligheten til å få inn relevante kvalitative innspill fra informantene, slik man kunne fått gjennom et åpent intervju. For å kompensere på dette har spørreskjemaet noen åpne spørsmål. Det at jeg har en rolle i RKG sekretariat kan også ha påvirket svarene fra informantene.

Utforming av selve spørreskjemaet kan ha vært en svakhet i oppgaven. Noen av respondentene kan ha oppfattet noen av spørsmålene som ledende spørsmål eller at spørsmålene i sammenhengen kan ha blitt oppfattet som ledende spørsmålskontekst. Videre er det en risiko for at noen av spørsmålene kan ha vært uklare eller at det har vært flere spørsmål i samme påstand og dermed «doble spørsmål». En kvantitativ undersøkelse med spørreskjema gir ikke mulighet til å undersøke om informantene har forstått spørsmålene. Det gis ikke rom for oppfølgings- eller utdypende spørsmål. På noen av spørsmålene svarte for eksempel over 30% - *vet ikke*. For å redusere risiko for feil ved utformingen av spørreskjemaet ble en test-versjon av spørreskjemaet brukt på tre-fire personer. Innspillene fra testen førte til forbedringer av spørreskjemaet.

I alle undersøkelser bør en stille seg spørsmålene: a) er empirien gyldig (valid) og b) er empirien troverdig (reliabel) (Jacobsen, 2018). Når det gjelder validitet trekkes det frem om spørsmålene i tilstrekkelig grad belyser fenomenet som belyses. RKG-modellen er ny og ikke alle modellens egenskaper er kjent. Derfor er det vanskelig å vurdere kvaliteten på undersøkelsens innholdsvaliditet. Videre må en stille seg spørsmålet om spørreskjemaet måler det det er ment å måle. Dette kunne vært undersøkt ved å sammenholde svarene på assosierte fenomener i undersøkelsen. For å øke sjansene for å få inn tilstrekkelig antall svar er mengden spørsmål i spørreskjema begrenset så mye som mulig. Dette vanskeliggjør undersøkelse av validitet.

Indre validitet uttrykker om svarene er korrekte og gyldige for det aktuelle utvalget. Det var klare inklusjonskriterier for respondentene i undersøkelsen, noe som sikrer at respondentene hadde tilstrekkelig erfaring med RKG til å kunne gi gyldige svar.

Ytre validitet uttrykker om resultatene har gyldighet utover det aktuelle utvalget. Kjernen i undersøkelsen er spørsmål om en samarbeidsmodell som potensielt kan tas i bruk i en annen region og innenfor et annet fagfelt i Agder for interkommunalt samarbeid innen folkehelse, levekår og klima. Resultatene fra denne undersøkelsen vurderes til å ha gyldighet og overføringsverdi for bruk av RKG-modellen i annen kontekst.

Reliabilitet uttrykker at spørreskjemaet kunne vært undersøkt med test-retest på et egnet utvalg respondenter dersom et slikt utvalg som ikke skulle delta i undersøkelsen hadde vært tilgjengelig. Med et begrenset utvalg av relevante respondenter tilgjengelig, ble det prioritert å inkludere disse i selve undersøkelsen.

En mulig feilkilde kan være arbeidet med overføring av data til Excel, under systematiseringen og analysene. I disse manuelle prosessene kan det ha forekommet tastefeil eller skrivefeil. For å redusere risiko for dette, har tall og verdier blitt dobbeltsjekket underveis.

Antall respondenter kan ha vært en svakhet ved oppgaven. Selv om utvalget var 30 kommuner og to grupper respondenter, altså totalt 60 potensielle informanter, så vanskeliggjør antall respondenter en statistisk generalisering. En annen ting med valg av respondenter er at det kan være at spørreskjemaet er videresendt fra mottaker til en annen person i organisasjonen. For eksempel at kommunalsjef/representant i helseledernetverket kan ha videresendt spørreskjemaet til en annen person. Dette kan ha ført til at jeg dermed har fått færre svar fra ledernivå enn tallet skulle tilsi.

Spørreskjemaet ble sendt ut i januar, og ikke i desember, i et forsøk på å treffe informantene i en periode med mindre arbeidspress. Før jul kan det være mange frister som det må leveres på. Flere av kommunene i Agder er opptatt med kommunesammenslåing, noe som kan ha påvirket antall svar.

## 5. Analyse og funn

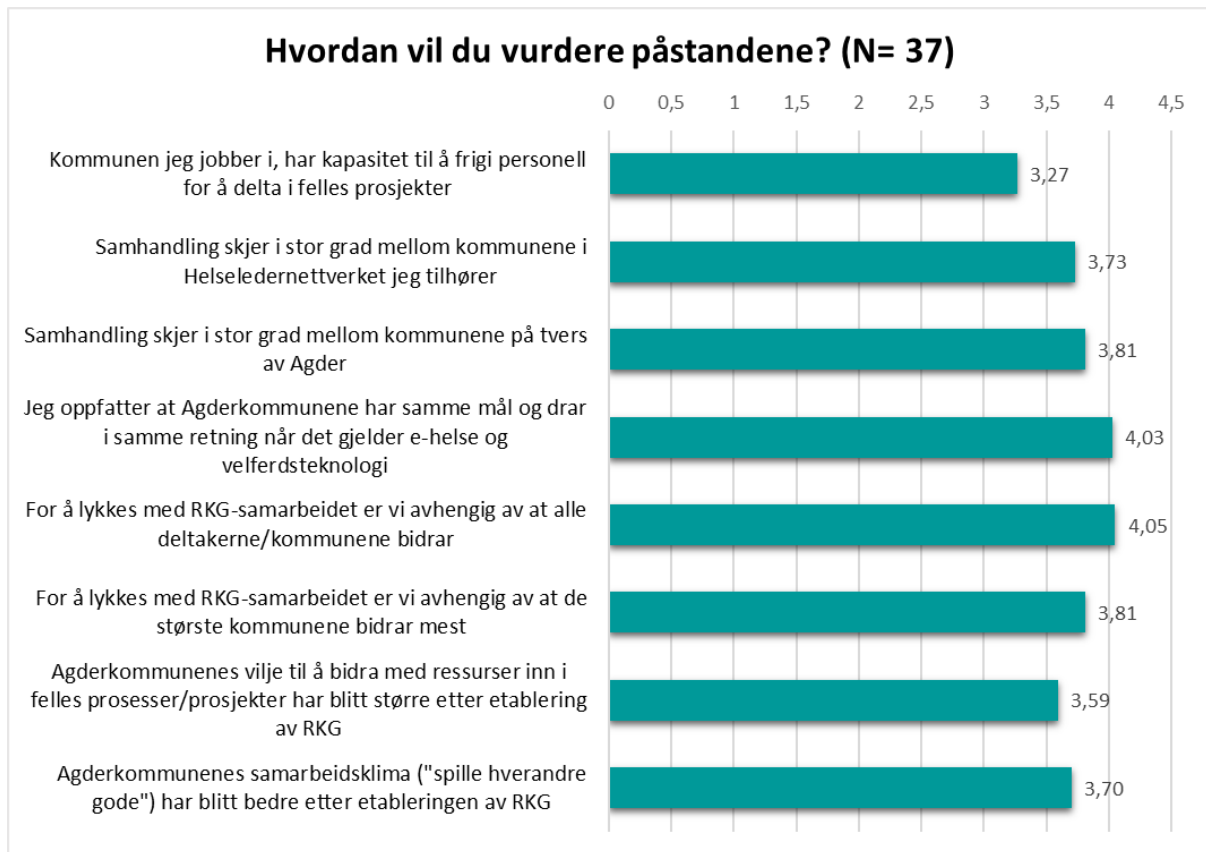
I dette kapitlet presenteres de empiriske funnene fra spørreundersøkelsen som tok utgangspunkt i problemstillingen: «*Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner*». Datamaterialet presenteres gjennom en gjennomsnitts-, variasjons- og samvariasjonsanalyse (Jacobsen, 2018). Respondentens svar på åpne spørsmål benyttes i dette kapitlet som sitater for å illustrere og utdype de kvantitative funn.

### 5.1. Gjennomsnittsanalyse

Stolpediagrammene nedenfor viser snittverdien for hvert svaralternativ, med utgangspunkt i Likert-skala, hvor 1 = svært uenig/svært liten grad og 5 = svært enig/svært stor grad. Noen av spørsmålene har også *vet ikke* som alternativ. *Vet ikke* ble ikke tatt med i gjennomsnittsanalysen, men vises som egen søyle i variasjonsanalysen, der det er aktuelt.

Sentrale deler av Jacobsens modell (2014) er trekk ved nettverkskonteksten, trekk ved samarbeidet og trekk ved kommunen. Spørreskjemaet tok utgangspunkt i denne modellen og måler enkelte sider ved disse trekkene i RKG. Figur 13 presenterer gjennomsnittet og på mange måter forutsetningene og rammene for effektene av dette nettverket i Agder.





Figur 13: Vilkår for RKG-samarbeidet.

Respondentene gir høyest score på at **RKG-samarbeidet er avhengig av at alle deltakerne/kommunene bidrar** (snittverdi: 4,05) og at **agderkommunene har samme mål og drar i samme retning når det gjelder e-helse og velferdsteknologi** (snittverdi: 4,03). Samtidig responderer noen færre på at man er **avhengig av at de største kommunene bidrar mest** (snittverdi: 3,81). Mens påstanden **agderkommunenes samarbeidsklima ("spille hverandre gode") har blitt bedre etter etableringen av RKG** gir en snittverdi på 3,70.

For å illustrere hvordan samarbeidsklimaet har blitt bedre, trekkes dette sitatet frem fra en av informantene:

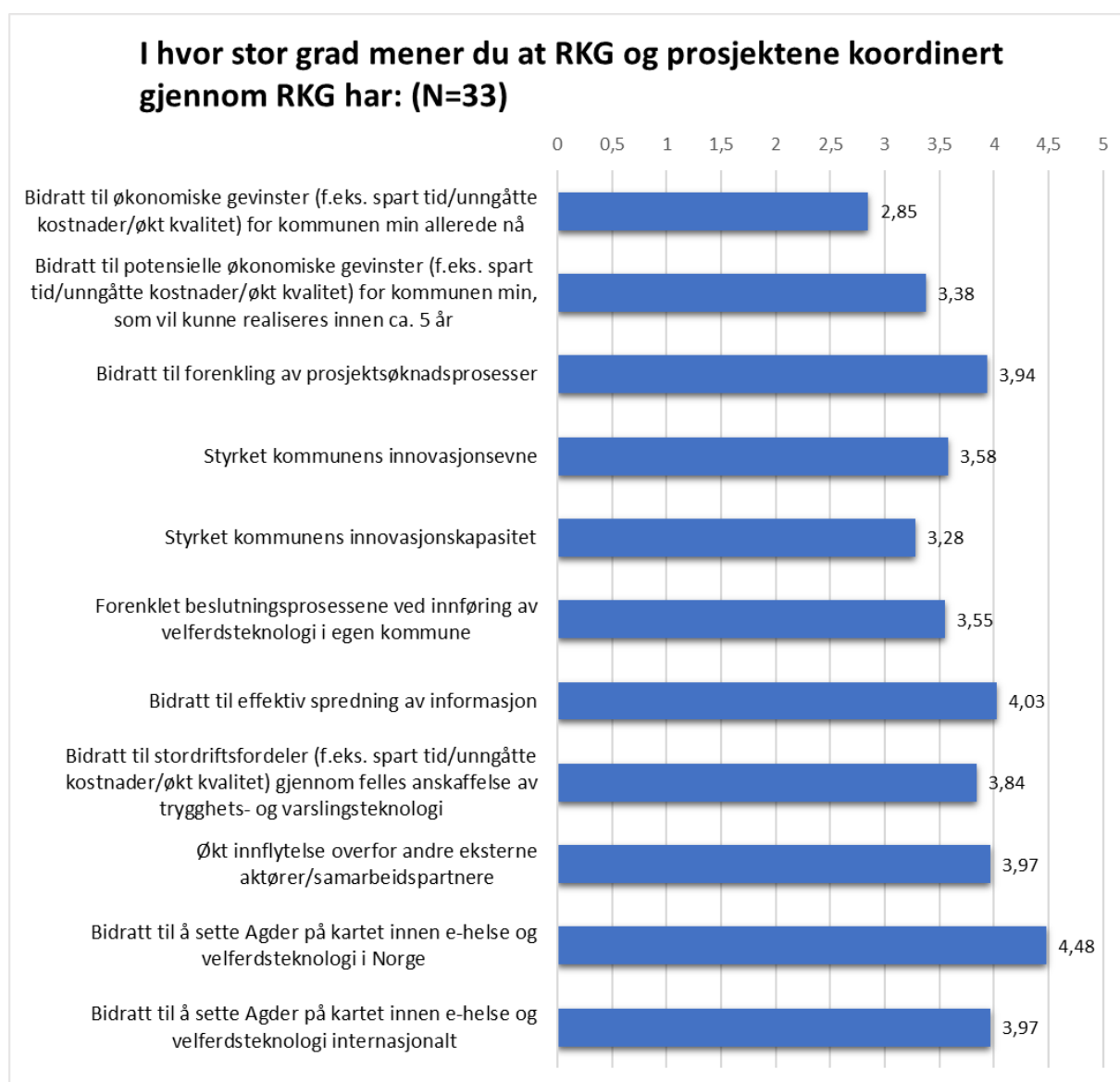
«Alle sitter nå i samme "båt" og ønsker å dra i samme retning. Gir en felles driv som støtter opp om hvilken retning man skal ta ved ulike veiskiller»

Lavest gjennomsnittsverdi får påstanden om at **kommunene har kapasitet til å frigi personell for å delta i felles prosjekter** (snittverdi: 3,27).

Dersom man ser disse funnene opp mot Jacobsens analytiske modell (2014), så handler disse påstandene om trekk ved samarbeidet, trekk ved konteksten og trekk ved kommunene. Det

kan med andre ord se ut til at trekk ved samarbeidet og trekk ved konteksten er tilstede, men at trekk ved kommunene kanskje ikke scorer like høyt, eksempelvis kommunenes kapasitet til å delta. Respondentene scorer allikevel høyt på at **kommunene drar i samme retning og har samme mål** (snittverdi: 4,03). Det er altså stor enighet.

I det videre presenteres de ulike effekter som respondentene mener samarbeidet har hatt på kommune- og regionnivå.



Figur 14: Effekter av RKG-nettverket.

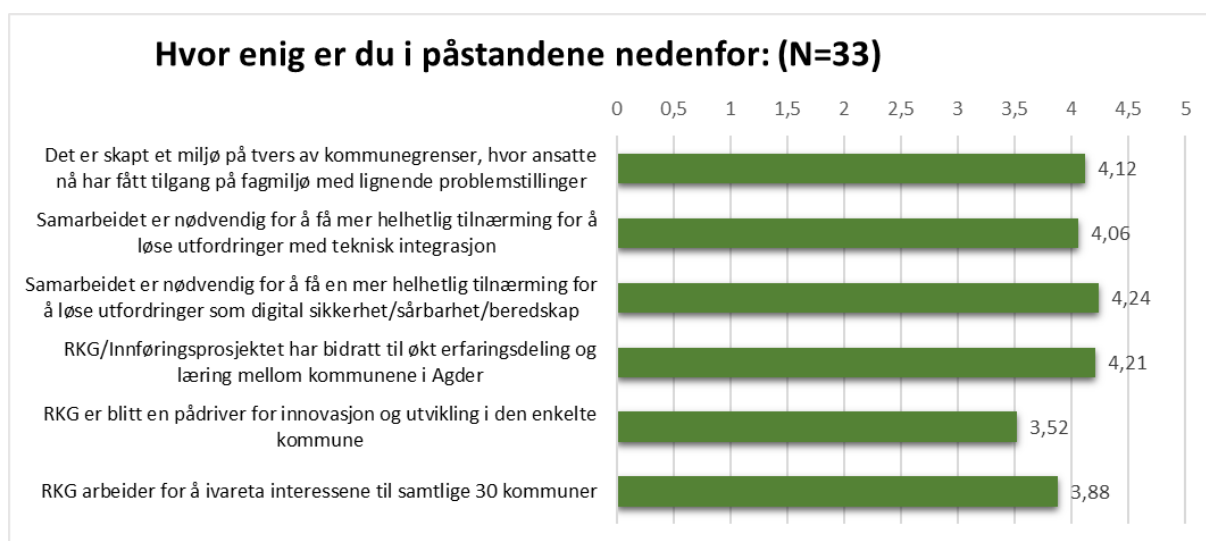
Høyest scorer påstanden at samarbeidet har bidratt til å **ha satt Agder på kartet innen velferdsteknologi i Norge** (snittverdi: 4,48). Dette er den høyeste snittverdien i hele spørreundersøkelsen.

Respondentene svarer videre at RKG og prosjektene i stor grad har bidratt til *forenkling av søknadsprosesser* (snittverdi: 3,94), *effektiv spredning av informasjon* (snittverdi: 4,03), *økt innflytelse på andre samarbeidspartnere* (snittverdi: 3,97) og *satt Agder på kartet innen velferdsteknologi internasjonalt* (snittverdi: 3,97).

Den scoren som kom lavest ut i hele undersøkelsen var påstanden om *kommunen vil oppnå økonomiske gevinster allerede nå* (snittverdi: 2,85). Noen flere mener at *kommunen vil kunne oppnå gevinster innen ca. 5 år* (snittverdi: 3,38). Respondentene scorer også noe lavt på at arbeidet har *styrket kommunenes innovasjonskapasitet* (snittverdi: 3,28), noe som er 3. laveste score i hele undersøkelsen.

Dersom man ser på disse resultatene opp mot Jacobsens modell (2014) og de forventede intenderte effektene, så kan det se ut som at RKG-samarbeidet har hatt størst betydning innen innflytelse, ved blant annet å ha satt Agder på kartet innen velferdsteknologi i Norge. Selv om informantene svarer at RKG og prosjektene hittil «kun» i noe mindre grad har bidratt til økonomiske gevinster, svarer samtidig informantene at samarbeidet i stor grad har bidratt til indirekte gevinster. Nettverket har bidratt til indirekte økonomisk effekter som effektiv spredning av informasjon, forenkling av prosjektsøknadsprosesser og stordriftsfordeler.

I neste avsnitt spørres informantene om betydningen av RKG når det gjelder samarbeidet og læringen på tvers.

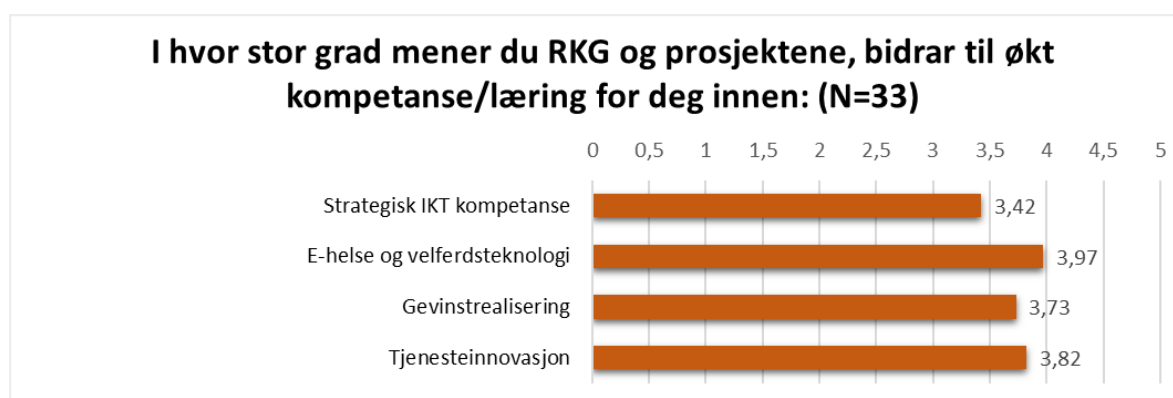


Figur 15: Miljø, samarbeid og læring på tvers.

Informantene gir høy snittverdi (4,06-4,24) på påstander om det er skapt et *fagmiljø på tvers av* og *økt erfaringsdeling mellom kommunene*, samt at *samarbeidet er viktig for å få en helhetlig tilnærming for å løse teknisk integrasjon og digital sårbarhet*. Den påstanden som scorer lavest i dette avsnittet, er at *RKG er en pådriver for innovasjon og utvikling i den enkelte kommune* (snittverdi: 3,52).

Ut i fra disse spørsmålene kan det se ut som at det er læringseffekten som har hatt størst effekt, samt helhetlig problemløsning. Økt kvalitet kan føre til læring gjennom nettverk (Jacobsens, 2014). Koblinger mellom organisasjoner kan føre til bedre informasjonsflyt og dermed øke sannsynligheten for å lære av hverandre. RKG har på mange måter lagt til rette for denne koblingen mellom kommunene i Agder, noe som har bidratt til økt deling og læring.

Neste spørsmål er knyttet til om samarbeidet har ført til økt kompetanse for den enkelte.

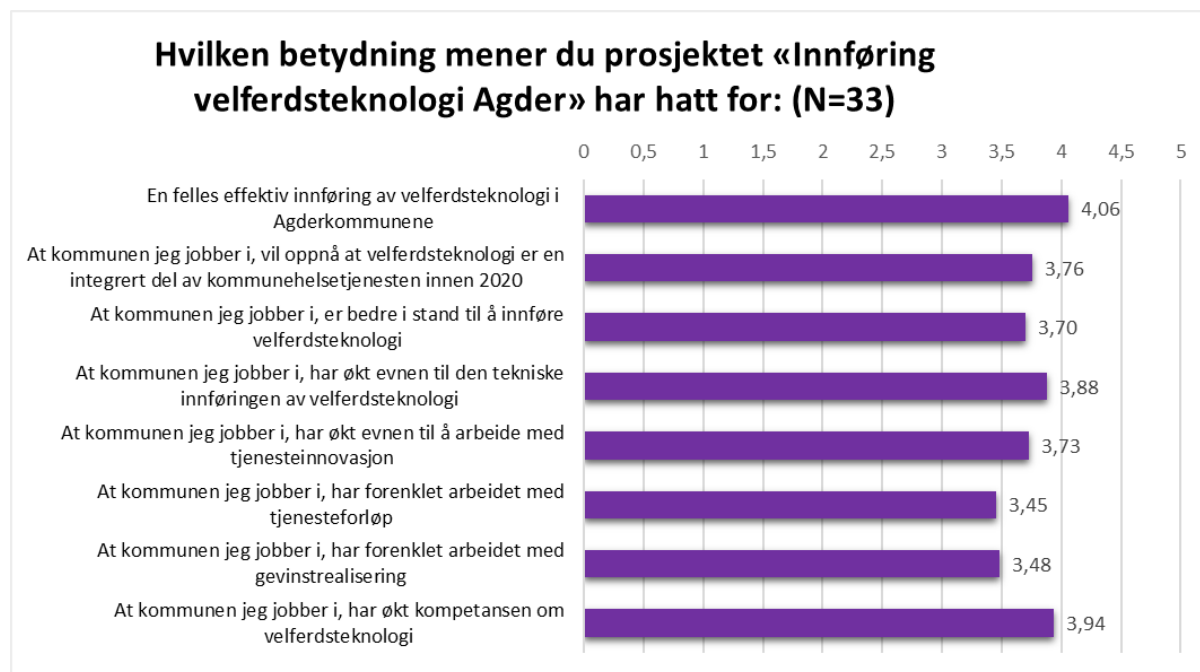


Figur 16: Kompetanse og læring.

Informantene responderer på at RKG og prosjektene bidrar til økt kompetanse på flere områder. Høyest snittverdi ble gitt til *e-helse og velferdsteknologi* (snittverdi: 3,97), mens lavest på *strategisk IKT-kompetanse* (snittverdi: 3,42).

Jacobsen (2014) deler læring i to, læring på nettverksnivå og læring på enkeltorganisasjonsnivå. Ut i fra denne undersøkelsen kan det se ut som at læringen har vært mer på kommune- og regionnivå, enn på enkeltdeltagers nivå. RKG og innføringsprosjektet har *bidratt til økt erfaringsdeling og læring mellom kommunene i Agder* (snittverdi: 4,21).

Hittil har resultatene fra spørreundersøkelsen omhandlet trekk ved konteksten, samarbeidet og kommunen. Neste avsnitt handler mer om de konkrete effektene prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder* har hatt på regionen og kommunene.



Figur 17: Betydningen av prosjekt *Innføring velferdsteknologi Agder*.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder* har hatt stor betydning for en *felles effektiv innføring av velferdsteknologi i agderkommunene* (snittverdi: 4,06) og at *kompetansen for velferdsteknologi har økt* (snittverdi: 3,94).

Innføringsprosjektet har også *økt evnen for kommunene til å gjennomføre den teknisk innføring av velferdsteknologi* (snittverdi: 3,88), samt *økt evnen til tjenesteinnovasjon* (snittverdi: 3,73).

For å illustrere og utdype hvordan det kan oppleves å være del av et felles innføringsprosjekt, vises det til følgende sitat fra en av informantene:

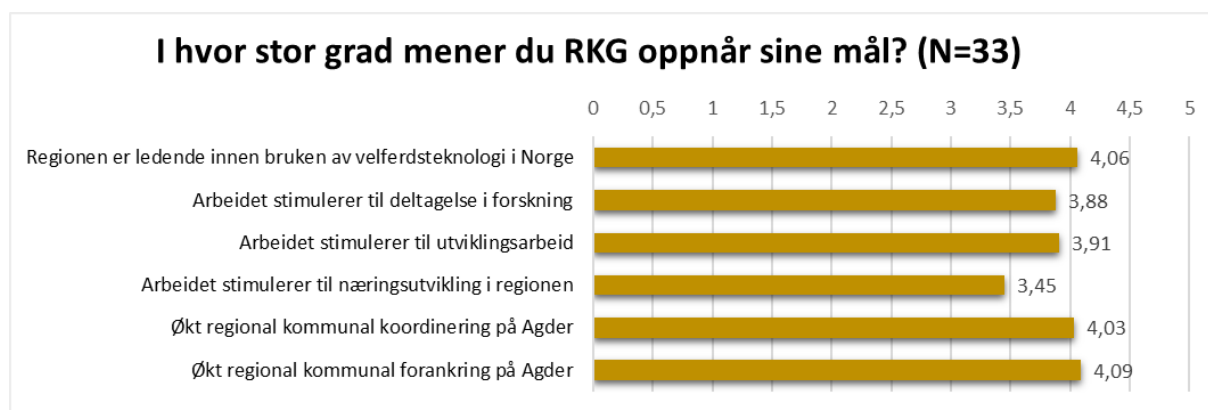
«Vi har følt oss ivaretatt og det har vært trygt å ha et opplegg ved oppstart som hjelper oss og implementere ny teknologi på en best mulig måte. Prosjektet har også vært flinke til å holde oss oppdatert.»

Lavest snittverdi oppnås på påstandene om at prosjektet har ført til *forenklet arbeid med tjenesteforløp og gevinstrealisering i den enkelte kommune* (snittverdi: 3,45 og 3,48).

*Innføring velferdsteknologi Agder* er et prosjekt som ligger i RKG-porteføljen.

Respondentene opplever at prosjektet har hatt betydning for effektivitet og felles problemløsning, i tråd med de intenderte effektene i modellen til Jacobsen (2014). Samtidig ligger resultatene her noe lavere enn snittverdiene for spørsmål knyttet til innflytelse.

I det neste avsnittet presenteres respondentenes egen oppfatning av om RKG oppnår sine målsetninger.

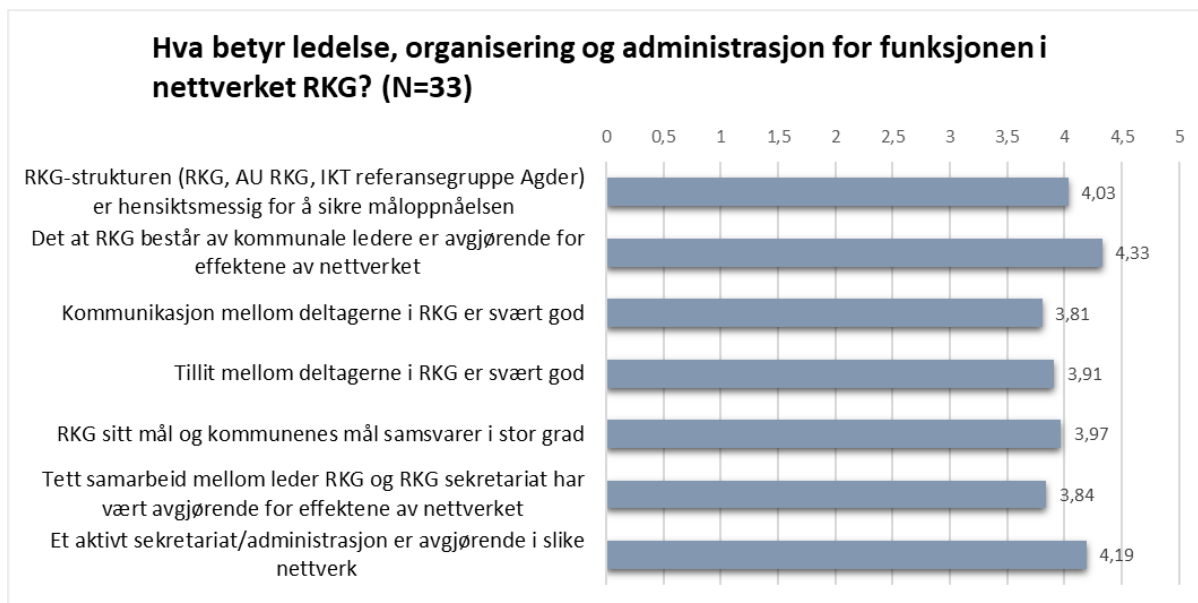


Figur 18: Måloppnåelse RKG.

Respondentene mener i stor grad at RKG oppnår sine mål, med høyst snittverdi knyttet til at arbeidet har **økt regional kommunal forankring** (snittverdi: 4,09), samt at **regionen har blitt ledende innen velferdsteknologi i Norge** (snittverdi: 4,06). Lavest snittverdi gis til at arbeidet har **stimulert til næringsutvikling i regionen** (snittverdi: 3,45).

Dersom man ser målene som rådmannsgruppen vedtok i 2016, opp mot Jacobsens modell (2014), så handler to av tre mål om innflytelse: *At kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge*, samt *Økt interkommunal koordinering og forankring på Agder*. Agderkommunene gir tilbakemelding på at RKG i stor grad oppnår sine mål.

Videre presenteres hvilken betydning ledelse, organisering og administrasjon har hatt for nettverket RKG.



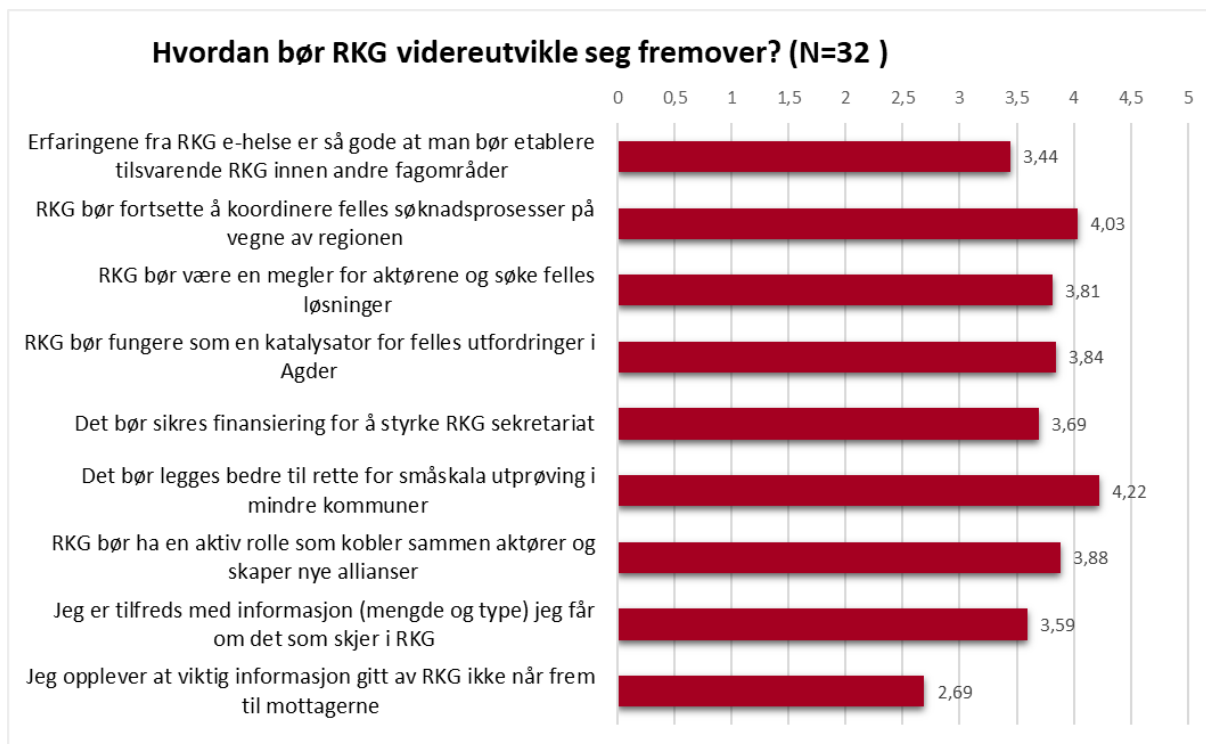
Figur 19: Betydningen av ledelse, organisering og administrasjon.

Informantene vektlegger i svært stor grad betydningen av at **RKG består av kommunale ledere** (snittverdi: 4,33), nest høyeste score i spørreundersøkelsen. Et **aktivt sekretariat er avgjørende i slike nettverk** (snittverdi: 4,19). Videre anses **RKG strukturen som hensiktsmessig** (snittverdi: 4,03). Lavest snittverdi (3,81) gis til påstanden om at **kommunikasjonen mellom deltagerne i RKG er svært god**.

Disse påstandene handler ifølge Jacobsens modell (2014) om trekk ved samarbeidet og selve samarbeidsprosessen. Det som kommer sterkest frem her er samarbeidets autonomi.

Viktigheten av at nettverket består av kommunale ledere påpekes. Administrativ kapasitet vektlegges ved at det er avgjørende at RKG har et aktivt sekretariat. I et slikt nettverk er enighet og tillit viktig (Jacobsen, 2014). Respondentene scorer ikke så høyt på dette. Kan det hende at spørsmålet har vært vanskelig å svare på, da det forutsetter at man har kjennskap til hvordan dialogen mellom deltagerne i RKG har vært?

Det siste spørsmålsbatteriet handler om respondentenes syn på RKG. Det kommunale styringskretsløpet (s. 22) viser til at læring blant annet oppnås gjennom kommunikasjonsprosesser og tilbakemeldinger. Agderkommunenes erfaring av nettverkssamarbeidet er derfor viktig i læringen og dermed videreutviklingen av samarbeidet.



Figur 20: Videreutvikling av RKG.

Når det gjelder spørsmål knyttet til videreutvikling av RKG, så opplever respondentene *i liten grad at informasjon gitt fra RKG ikke når frem til mottagerne* (snittverdi: 2,69). (Ettersom dette er en negativt ladet påstand, hvor lav score er positivt, tas ikke denne med når det henvises til spørreundersøkelsens laveste score). Informantene gir tydelig tilbakemelding på at det *bør legges mer til rette for småskala utprøving i mindre kommuner* (snittverdi: 4,22). Kommunene gir tilbakemelding på at *RKG fortsatt bør koordinere felles søknader på vegne av regionen* (snittverdi: 4,03), men svarer samtidig noe lavere på om *det bør sikres finansiering for å styrke RKG sekretariatet* (snittverdi: 3,69).

En av respondentene beskriver informasjonsflyten slik:

*«Det blir sendt ut felles informasjon til alle kommunene - samtidig som helsenettverkets representant redegjør for ulike saker i nettverksmøtene. Samme informasjon til alle aktører er viktig i et samarbeid.»*

Den siste delen av spørreundersøkelsen handler om videreutviklingen av nettverket. Jacobsen (2014) nevner at slike samarbeid over tid vil gå over til en formaliseringsfase, ved at man kanskje utvider nettverket til andre fagområder eller at andre samarbeidspartnere inviteres inn. Respondentene er positive til at det bør etableres tilsvarende RKG på andre områder, men scoren er ikke så høy. Man ønsker at RKG skal fortsette med felles søknadsprosesser og i større grad pilotere i mindre kommuner.



### 5.1.1. Oppsummering gjennomsnittsanalyse

Nedenfor presenteres en oppsummering etter gjennomsnittsanalysen, hvor de påstandene som har fått snittverdi over fire og under tre er systematisert i forhold til forskningsspørsmålene.

#### Oppsummert og kategorisert:

<b>Effekt/betydning</b>	<b>Snittverdi:</b>
Bidratt til å sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi i Norge	4,48
RKG/Innføringsprosjektet har bidratt til økt erfaringsdeling og læring mellom kommunene i Agder	4,21
Det er skapt et miljø på tvers av kommunegrenser, hvor ansatte nå har fått tilgang på fagmiljø med lignende problemstillinger	4,12
En felles effektiv innføring av velferdsteknologi i agderkommunene	4,06
Bidratt til effektiv spredning av informasjon	4,03
Jeg oppfatter at agderkommunene har samme mål og drar i samme retning når det gjelder e-helse og velferdsteknologi	4,03
Bidratt til økonomiske gevinster (f.eks. spart tid/unngåtte kostnader/økt kvalitet) for kommunen min allerede nå	2,85
<b>Forutsetninger:</b>	
Samarbeidet er nødvendig for å få en mer helhetlig tilnærming for å løse utfordringer som digital sikkerhet/sårbarhet/beredskap	4,24
Samarbeidet er nødvendig for å få mer helhetlig tilnærming for å løse utfordringer med teknisk integrasjon	4,06
For å lykkes med RKG-samarbeidet er vi avhengig av at alle deltakerne/kommunene bidrar	4,05
<b>Måloppnåelse:</b>	
Økt regional kommunal forankring på Agder	4,09
Regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge	4,06
Økt regional kommunal koordinering på Agder	4,03
<b>Ledelse, organisering og struktur:</b>	
Det at RKG består av kommunale ledere er avgjørende for effektene av nettverket	4,33

Et aktivt sekretariat/administrasjon er avgjørende i slike nettverk	4,19
RKG-strukturen (RKG, AU RKG, IKT referansegruppe Agder) er hensiktsmessig for å sikre måloppnåelsen	4,03
Jeg opplever at viktig informasjon gitt av RKG ikke når frem til mottagerne	2,69
<b>Veien videre:</b>	
Det bør legges bedre til rette for småskala utprøving i mindre kommuner	4,22
RKG bør fortsette å koordinere felles søknadsprosesser på vegne av regionen	4,03

Tabell 5: Oppsummering gjennomsnittanalyse

Jacobsens analytiske modell for evaluering av interkommunalt samarbeid (2014) viser til flere viktige forutsetninger og rammer for godt samarbeid i nettverk. I tillegg pekes det på intenderte og ikke-intenderte effekter ved interkommunalt samarbeid. I følge respondentene fra agderkommunene kan det se ut som om at nettverket har hatt størst betydningen innenfor innflytelse og påvirkning. Høyst score i hele spørreundersøkelsen gis til påstanden om at RKG-samarbeidet har **bidratt til å sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi i Norge**. Videre har nettverket i stor grad bidratt til **økt erfaringsdeling, læring mellom kommunene** og dermed kan kvaliteten ha økt. RKG og innføringsprosjektet har i stor grad hatt betydning for en **effektiv informasjonsspredning** og **effektiv innføring av velferdsteknologi i agderkommunene**. Dette kan betegnes som indirekte økonomiske gevinster. Samtidig svarer informantene i mindre grad at **kommunen vil oppnå økonomiske gevinster allerede nå**.

Samarbeidet har også vært nødvendig for å få til en mer **helhetlig problemløsning innen digital sikkerhet/beredskap** og **utfordringer med tekniske integrasjoner**.

Innovasjonskapasitet scorer kanskje lavere enn forventet. Det kan se ut som om RKG og prosjektene har bidratt til nettverkseffekter (innflytelse, læring og stordriftsfordeler), mens velferdsteknologien foreløpig i mindre grad har ført til gevinster i den enkelte kommune. Respondentene mener videre det er avgjørende for effektene at nettverket består av kommunale ledere og at det er et aktivt sekretariat. Det er ønskelig at RKG fortsetter å koordinere felles søknader på vegne av regionen. I tillegg er det ønskelig at det fremover legges bedre til rette for småskala utprøving i mindre kommuner.

Jacobsen (2014) peker på at trekk hos de ulike deltagerne, her kommunene, vil kunne ha innvirkning på effektene av nettverket. Blant annet vises det til kommunenes størrelse. I den videre undersøkelsen utforskes datamaterialet ytterligere for å se om kommunestørrelse kan ha betydning for effektene av nettverket.

## 5.2. Variasjons- og samvariasjonsanalyse

De foreløpige funn fra gjennomsnittsanalysen peker på at RKG oppnår flere av de intenderte effektene som Jacobsen beskriver i sin analytiske modell (2014). Det kan se ut som om betydningen av RKG er størst innen innflytelse, effektivitet, kvalitet og helhetlig problemløsning. Derimot er det et par andre intenderte effekter i Jacobsens modell (2014) som i noe mindre grad bekreftes i agdersamarbeidet: Effektivitet (økonomiske gevinster) og kvalitet (innovasjonskapasitet).

I forrige kapittel ble det presentert en gjennomsnittsanalyse, som viser sentraltendensen. En gjennomsnittsanalyse sier ingenting om variasjon. For bedre å utforske eventuelle ulikheter mellom respondentene, presenteres det i dette kapittelet en variasjonsanalyse. I variasjonsanalysen har jeg først kategorisert svaralternativene i tre grupper: a) Uenig/liten grad, b) Verken/eller og c) Enig/stor grad. Videre trekkes det frem noen teoretiske og interessante funn for å forstå forskjeller i effekter og for bedre å forstå læringen i nettverket.

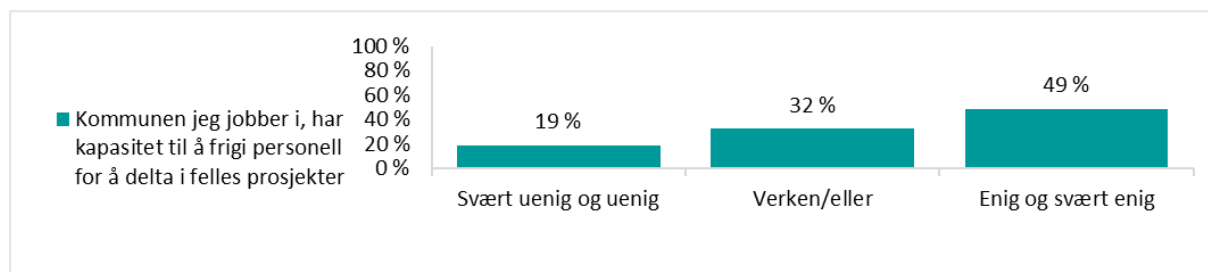
I det videre vil forskjellene i materialet testes mot kommunestørrelse som er en sentral faktor hos Jacobsen (2014). Noe av materialet testes også opp imot rollen som respondentene har enten det er helseleder, representant i RKG eller kontaktperson.

Følgende påstander utforskes ytterligere:

- Kommunens kapasitet til å frigi personell for å delta i felles prosjekter.
- Forventede økonomiske gevinster for kommunen nå og om fem år.
- Innovasjonsevne og innovasjonskapasitet.
- RKG har blitt en pådriver for innovasjon og utvikling i den enkelte kommune.
- Etablere tilsvarende RKG innen andre fagområder.

Er det forskjell i kommunenes kapasitet til å frigi personell for å delta i felles prosjekter og har kommunestørrelse noen betydning i denne sammenhengen?

**Hvordan vil du vurdere påstandene nedenfor? (N= 37):**



Figur 21: Kapasitet til å frigi personell (variasjonsanalyse).

**Samvariasjon, kommunestørrelse:**

Kommunestørrelse / svar	Uenig	Verken/eller	Enig
Under 4999 innbyggere	25 %	50 %	25 %
5000-19 999 innbyggere	19 %	19 %	62 %
Over 20 000 innbyggere	0 %	50 %	50 %

Tabell 6: Kapasitet til å frigi personell (kommunestørrelse)

Respondentene svarer noen ulikt når det gjelder kommunens kapasitet til å frigi personell til å delta i felles prosjekter. 49 % av respondentene er enige, mens 19 % er uenige. Resterende 32 % mener verken/eller. Samvariasjonsanalysen viser at det er en tendens til at det er de minste kommunene som har minst kapasitet til å frigi personell til felles prosjekter.

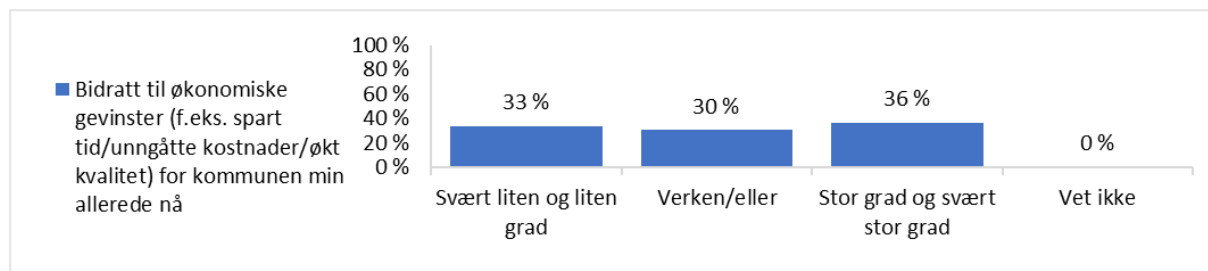
For å underbygge størrelse som forklaringsvariabel, vises det til følgende sitat fra en av informantene:

*«Man har ikke like stor påvirkningskraft i prosjektene som liten kommune. Men det er jo tross alt de store kommunene som bidrar med mest ressurser og får fremdrift.»*

Har agdersamarbeidet bidratt til økonomiske gevinstene nå og hvordan forventes dette om fem år? Er det forskjell på forventede gevinster mellom små, mellomstore og store kommuner?

## I hvor stor grad mener du at RKG og prosjektene koordinert gjennom RKG har:

(N=33)



Figur 22: Økonomisk gevinst nå (variasjonsanalyse).

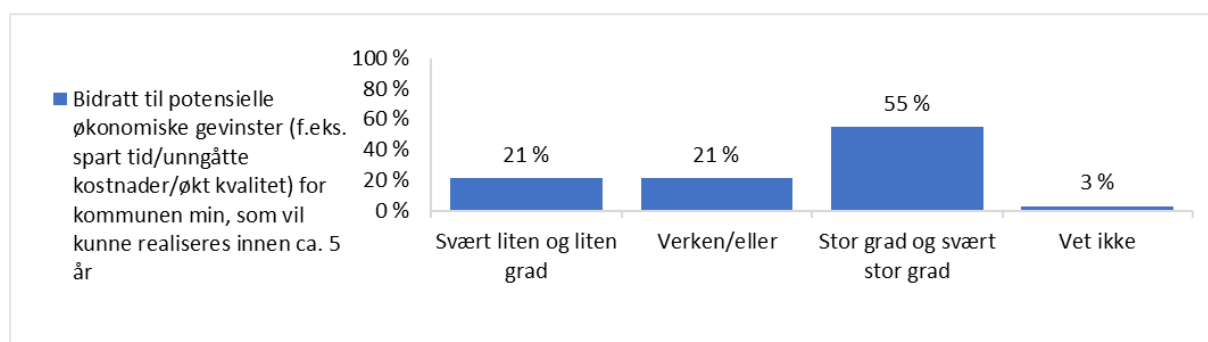
### Samvariasjon, kommunestørrelse:

Kommunestørrelse / svar	Liten grad	Verken/eller	Stor grad
Under 4999 innbyggere	50 %	25 %	25 %
5000-19 999 innbyggere	28 %	33 %	39 %
Over 20 000 innbyggere	0 %	33 %	67 %

Tabell 7: Økonomisk gevinst nå (kommunestørrelse)

## I hvor stor grad mener du at RKG og prosjektene koordinert gjennom RKG har:

(N=33)



Figur 23: Økonomisk gevinst om fem år (variasjonsanalyse).

### Samvariasjon, kommunestørrelse:

Kommunestørrelse/ svar	Liten grad	Verken/eller	Stor grad
Under 4999 innbyggere	45 %	18 %	36 %
5000-19 999 innbyggere	11 %	28 %	61 %
Over 20 000 innbyggere	0 %	0 %	100 %

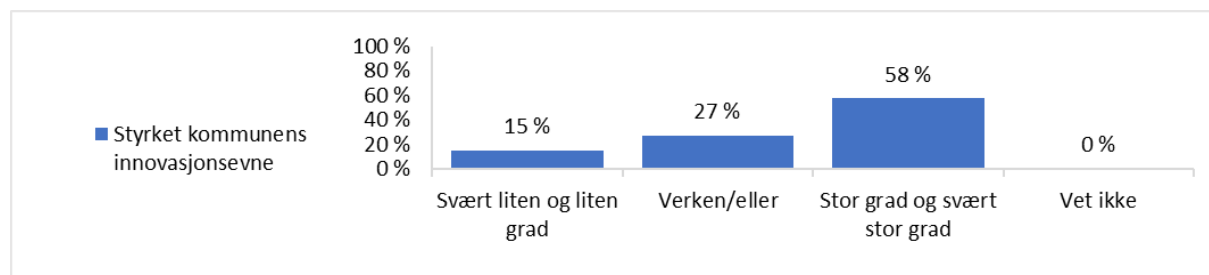
Tabell 8: Økonomisk gevinst om fem år (kommunestørrelse)

Kommunene er svært delt i spørsmålet om nettverkssamarbeidet har bidratt til økonomiske gevinster for kommunen allerede nå. 33 % mener at dette har skjedd i liten grad, mens 36 %

mener det har skjedd i svært stor grad. Dersom informantene ser i et fem års perspektiv, så svarer 55 % at samarbeidet vil føre til gevinster i stor grad. Omtrent halvparten av de minste kommunen svarer at gevinster i liten grad vil oppnås verken nå eller innen fem år. 100 % de største kommunene mener samarbeidet vil bidra til gevinster i stor grad innen fem år. Det er også interessant å se at det er en økende forventning til fremtidige gevinster med økende kommunestørrelse. De minste kommunene har 11 % mer tro på gevinster om fem år, de mellomste kommunene øker med 22 %, mens det er en økning på 33 % blant de største kommunene.

Som nevnt viste gjennomsnittsanalysen at en av de intenderte effektene i Jacobsens modell (2014) kvalitet, i betydning innovasjonsevne og innovasjonskapasitet i mindre grad bekreftes i agdersamarbeidet. For å utforske dette videre ble det undersøkt hvordan variasjonen var og om kommunestørrelse har innvirkning på innovasjonsevne og innovasjonskapasitet.

**I hvor stor grad mener du at RKG og prosjektene koordinert gjennom RKG har:**  
(N=33)



Figur 24: Innovasjonsevne (variasjonsanalyse).

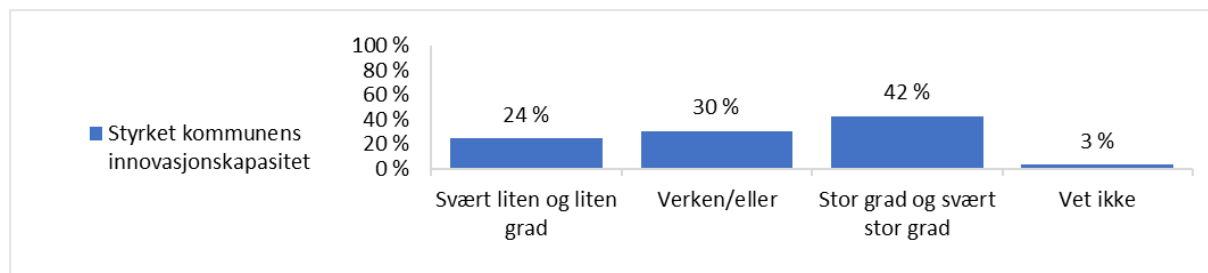
**Samvariasjon, kommunestørrelse:**

Kommunestørrelse / svar	Liten grad	Verken/eller	Stor grad
Under 4999 innbyggere	17 %	42 %	42 %
5000-19 999 innbyggere	11 %	22 %	67 %
Over 20 000 innbyggere	33 %	0 %	66 %

Tabell 9: Innovasjonsevne (kommunestørrelse)

## I hvor stor grad mener du at RKG og prosjektene koordinert gjennom RKG har:

(N=33)



Figur 25: Innovasjonskapasitet (variasjonsanalyse).

## Samvariasjon, kommunestørrelse:

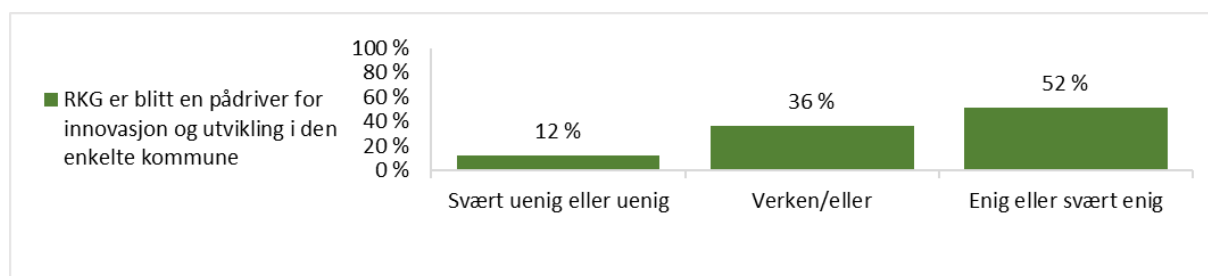
Kommunestørrelse / svar	Liten grad	Verken/eller	Stor grad
Under 4999 innbyggere	25 %	58 %	17 %
5000-19 999 innbyggere	24 %	18 %	59 %
Over 20 000 innbyggere	33 %	0 %	67 %

Tabell 10: Innovasjonskapasitet (kommunestørrelse)

Det er også variasjon blant respondentene når det gjelder om samarbeidet har bidratt til å styrke kommunens innovasjonsevne og/eller innovasjonskapasitet. 15 % svarer at samarbeidet i liten grad har styrket kommunens innovasjonsevnen, 27% svarer verken/eller, mens 58 % mener stor grad. Når det gjelder betydningen av samarbeidet for innovasjonskapasiteten, svarer 42 % at RKG og innføringsprosjektet i stor grad har styrket kommunens innovasjonskapasitet, mens 24 % har svart liten grad. Samvariasjonsanalysen viser at det er de mellomstore og store kommunene som i størst grad opplever økt innovasjonskapasitet. Hos de minste kommunene opplever 58 % ingen effekt (verken/eller) og flere svarer liten grad enn stor grad i forhold til om samarbeidet har ført til effekt på innovasjonskapasiteten for kommunen. Hos alle kommunene er det innovasjonsevne som scorer totalt sett høyere enn innovasjonskapasiteten.

I det videre undersøkes om det er variasjon hos informantene på om RKG har blitt en pådriver for innovasjon og utvikling i den enkelte kommune. Har ulik kommunestørrelse betydning for dette?

## Hvor enig er du i påstandene nedenfor: (N=33)



Figur 26: Innovasjon og utvikling i den enkelte kommune (variasjonsanalyse).

## Samvariasjon, kommunestørrelse:

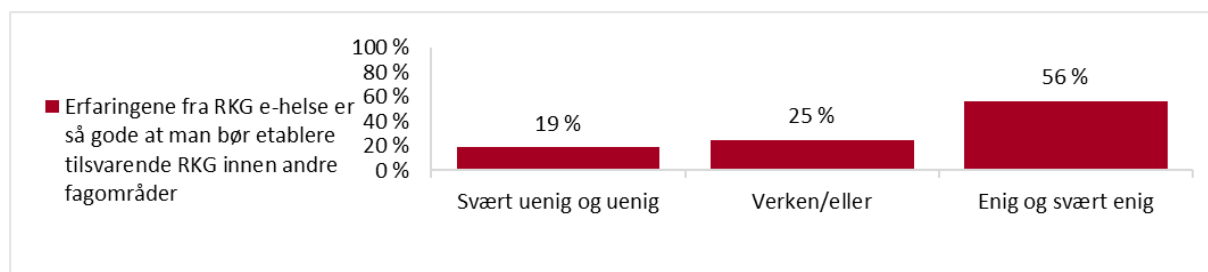
Kommunestørrelse / svar	Uenig	Verken/eller	Enig
Under 4999 innbyggere	8 %	50 %	42 %
5000-19 999 innbyggere	11 %	33 %	56 %
Over 20 000 innbyggere	33 %	0 %	67 %

Tabell 11: Innovasjon og utvikling i den enkelte kommune (kommunestørrelse)

52 % av respondentene er enig i at RKG har blitt en pådriver for innovasjon og utvikling i den enkelte kommune, mens 48 % er uenig eller mener verken/eller. Samvariasjonsanalysen viser det samme bildet, hvor kommunestørrelse har liten betydning. Dersom man skal trekke ut noe herfra, så kan det være litt interessant at blant de som er uenige i påstanden, er andelen færrest blant de minste kommunene.

Til slutt i variasjonsanalysen ses det nærmere på om det er variasjon på erfaringene fra RKG, når det gjelder etablering av RKG innen andre fagområder. For å utforske dette velges både kommunestørrelse og rolle som variabler.

## Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover? (N=32)



Figur 27: Etablere tilsvarende RKG'er (variasjonsanalyse).



### Samvariasjon, kommunistørrelse:

Kommunistørrelse/ svar	Uenig	Verken/eller	Enig
Under 4999 innbyggere	25 %	33 %	42 %
5000-19 999 innbyggere	18 %	24 %	59 %
Over 20 000 innbyggere	0 %	0 %	100 %

Tabell 12: Etablere tilsvarende RKG'er (kommunistørrelse)

### Samvariasjon, rolle (Helseleder / RKG representant / kommunal kontaktperson):

Rolle / svar	Uenig	Verken/eller	Enig
Helseleder	28 %	28 %	44 %
Representant i RKG	25 %	0 %	75 %
Kontaktperson	18 %	18 %	65 %

Tabell 13: Etablere tilsvarende RKG'er (rolle)

56 % av respondentene svarer seg enig i at RKG bør etableres innen andre fagområder, mens 19 % derimot svarer uenig. 25 % svarer verken/eller. Samvariasjonsanalysen viser at 100 % av de største kommunene ønsker at det skal etableres tilsvarende nettverk, over halvparten av de mellomstore kommunene, mens tendensen er mindre hos de minste kommunene. En interessant observasjon er at det er en større tendens hos kontaktpersonene (65 %) enn hos helselederne (44 %) i å ønske at det etableres tilsvarende nettverk på andre områder.

#### 5.2.1. Oppsummering variasjonsanalyse

For ytterligere å forstå betydningen av nettverk på region- og kommunenivå, ble det gjennomført en variasjons- og samvariasjonsanalyse. Datamaterialet ble testet mot variablene kommunistørrelse og rolle for å få et inntrykk av eventuelle forskjeller i effekter.

Det kan se ut som om det er de minste kommunene som har minst kapasitet til å frigi personell til felles prosjekter. Den samme tendensen ser man på forventede gevinster av samarbeidet. Flertallet av de minste kommunene responderer at de i liten grad tror at samarbeidet vil bidra til gevinster verken nå eller om fem år. Det er også interessant å se at det er en økende forventning til fremtidige gevinster (0-5 år) med økende kommunistørrelse.

Når det gjelder innovasjonskapasitet viser samvariasjonsanalysen at det er de mellomstore og store kommunene som i størst grad opplever økt innovasjonskapasitet. Flertallet av de minste

kommunene opplever ingen effekt (verken/eller). Hos de minste kommunene svarer flere at de er uenige enn at de er enige i om samarbeidet har ført til effekt på innovasjonskapasiteten for kommunen. Når det gjelder innovasjonsevne oppgir majoriteten, uavhengig av kommune-størrelse, at de er enige i at samarbeidet har bidratt til å styrke innovasjonsevnen.

100% av de største kommunene er enig i at det bør etableres tilsvarende nettverk på andre fagfelt. Hos de mellomstore kommunene er over halvparten enig, mens tendensen er mindre hos de minste kommunene. En interessant observasjon er at det er en større tendens hos kontaktpersonene (65 %) enn hos helselederne (44 %) i å ønske at det etableres tilsvarende nettverk på andre fagområder.

### 5.3. Oppsummering analyser

I kapittel fem er de empiriske funn fra spørreundersøkelsen presentert gjennom gjennomsnitts-, variasjons- og samvariasjonsanalyse. Enkelte funn ble også testet opp mot variablene kommunestørrelse og rolle/funksjon. Analysen har sett dataene opp mot Jacobsens modell for evaluering av interkommunalt samarbeid (2014), som peker på intenderte effekter slik som effektivitet, kvalitet, problemløsning og innflytelse. Modellen viser også til ikke-intenderte effekter.

Ifølge informantene fra agderkommunene kan det se ut som om at RKG-nettverket har hatt størst betydningen innenfor innflytelse. RKG-samarbeidet har i svært stor grad bidratt til **å sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi i Norge**. Videre har nettverket i stor grad bidratt til **økt erfaringsdeling, læring mellom kommunene** og dermed kan kvaliteten ha økt. Samarbeidet har også vært nødvendig for å få til en mer **helhetlig problemløsning innen digital sikkerhet/ beredskap og utfordringer med tekniske integrasjoner**.

Når det gjelder om nettverket bidrar til økonomiske gevinstene, så er det fordelt på flere påstander i spørreundersøkelsen. RKG og innføringsprosjektet har i stor grad hatt betydning for en **effektiv informasjons-spredning og effektiv innføring av velferdsteknologi i agderkommunene**, samt stordriftsfordeler. Dette kan anses som indirekte økonomiske gevinster. I mindre grad har respondentene gitt uttrykk for at samarbeidet har ført til økonomiske gevinster i kommunen allerede nå. Det er en økende forventning til fremtidige gevinster (0-5 år) med økende kommunestørrelse.

Innovasjonskapasitet scorer kanskje lavere enn forventet. Det er de mellomstore og store kommunene som i størst grad opplever økt innovasjonskapasitet. Det kan se ut som om det er de minste kommunene som har minst kapasitet til å frigi personell til felles prosjekter.

100% av de største kommunene er enig i at det bør etableres tilsvarende nettverk på andre fagfelt. Hos de mellomstore kommunene er over halvparten enig, mens tendensen er mindre hos de minste kommunene.

Respondentene mener det er avgjørende for effektene at nettverket består av kommunale ledere og at det er et aktivt sekretariat. Informantene støtter at RKG fortsetter å koordinere felles søknader på vegne av regionen. I tillegg er det ønskelig at det fremover legges bedre til rette for småskala utprøving i mindre kommuner.

I det neste kapittelet drøftes funnene opp mot teori, med utgangspunkt i oppgavens problemstilling.

## 6. Drøfting av funn

I dette kapittelet drøftes funnene fra undersøkelsen i lys av teorien, med utgangspunkt i problemstillingen «*Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner*».

### 6.1. Hvilken betydning har nettverkssamarbeidet RKG hatt for Agder på region- og kommunenivå?

Kommunenes betydning i samfunnsutviklingen i Norge har vært svært sentral (Baldersheim & Rose, 2014). Offentlig sektor er i stadig endring og tilpasser seg kommunale reformer, trender og internasjonale utviklingstrekk. FNs bærekraftsmål (FN, 2019) peker på store samfunnsutfordringer som trolig ikke kan løses innen de tradisjonelle kommunegrensene. Utviklingen krever nye samhandlingsformer (Joyce, 1999). Samarbeid på tvers av sektorer, forvaltningsnivåer og offentlig-privat samarbeid er kjennetegn på utviklingstrekk som betegnes som nettverksstyring eller «New public governance» (Bevir, 2009; Aarsæther, 2013; Baldersheim & Rose, 2014).

Agderkommunene har sammen etablert RKG-nettverket for å imøtekomme noen av utfordringene og oppnå nettverksfordeler.

I følge denne undersøkelsen kan det se ut som om RKG har bidratt til økt innflytelse, økt læring og moderat effekt på innovasjonskapasitet. Videre har samarbeidet ført til effektiv informasjonsspredning, effektiv innføring av velferdsteknologi, helhetlig problemløsning og effekter på økonomiske gevinster.

I det følgende utdypes funnene fra undersøkelsen.

#### 6.1.1. Økt innflytelse

Informantene fra agderkommunene gir tilbakemelding på at RKG har hatt betydning innen flere områder både på region- og kommunenivå. Hele 90% av informantene mener at nettverkssamarbeidet har bidratt til å *sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi i Norge* (snittverdi: 4,48). Dette er den høyeste snittverdien i undersøkelsen. Samtidig forteller informantene at samarbeidet ikke i så stor grad har bidratt til å *sette Agder på kartet*

**internasjonalt** (snittverdi: 3,97). Dette er ikke unaturlig, ettersom et av målene ved etableringen av RKG nettopp var at kommunene i regionen skulle bli ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge.

Jacobsen (2014) viser til en rekke intenderte effekter ved nettverkssamarbeid. Blant annet nevnes det at interkommunalt samarbeid kan være en måte å øke påvirkningen på. En kommune kan være for svak i en nasjonal eller internasjonal sammenheng. Respondentene bekrefter at RKG har bidratt til å øke innflytelse nasjonalt. Det at RKG-nettverket består av 30 kommuner kan være medvirkende til økt makt og innflytelse. Samtidig kan størrelse på nettverket føre til mer kompleks kommunikasjon og flere misforståelser (Jacobsen, 2014). Det kan se ut som om agderkommunene har klart å håndtere dette og har stor enighet, ved at påstanden **agderkommunene har samme mål og drar i samme retning når det gjelder e-helse og velferdsteknologi** får en snittverdi på 4,03.

### 6.1.2. Økt læring

Podolny & Page (1998) og Jacobsen (2014) peker på en annen effekt ved nettverkssamarbeid, læring gjennom nettverk. Agderkommunene responderer på at RKG og innføringsprosjektet i svært stor grad har bidratt til **økt erfaringsdeling og læring mellom kommunene i Agder** (snittverdi: 4,21). Dette understøttes også av påstanden: **Det er skapt et miljø på tvers av kommunegrensene, hvor ansatte nå har fått tilgang på fagmiljø med lignende problemstillinger** (snittverdi: 4,12).

Jacobsen (2014) viser til suksesskriterier for vellykkede interkommunale samarbeid og trekker da frem å etablere interkommunale møteplasser og samarbeidsarenaer, samt å bygge regionale holdninger. Det kan se ut som om samarbeidet i Agder har lyktes med det og at nettverket nesten har blitt en «læringshub». KS Innovasjonsbarometeret (2018) peker på at nettverk er den viktigste arena for å spre innovasjoner og at man da må etablere en god delings- og læringskultur. Som et eksempel på delingskulturen som RKG og agder-samarbeidet har bidratt til, trekkes følgende sitat fra en respondent frem:

*«Mange kommuner er i samme prosess og opplever de samme utfordringene i forbindelse med prosjekter og implementering. Opplever at det er en delingskultur, og at en kan søke råd når man har arenaer hvor man møtes.»*

### 6.1.3. Moderat effekt på innovasjonskapasitet

Effektene nevnt ovenfor er de som er scoret høyest i spørreundersøkelsen. Det er relativt stor enighet om disse og dermed lite variasjon blant informantene. Derimot har innovasjonskapasitet ikke blitt scoret så høyt.

I interkommunale samarbeid og nettverk vil de ulike aktørene ha ulik interesse av samarbeidet. Dette kalles symmetri i samarbeidet (Jacobsen, 2014). Det kan handle om makt, størrelse eller om det er noen som bidrar mye og andre som bidrar mindre. Stor asymmetri kan føre til dårlig samarbeid og mistillit. Det er derfor interessant å registrere at respondentene i stor grad svarer at man er *avhengig av at alle kommunene bidrar* (snittverdi: 4,05). Respondentene mener det er viktigere at alle bidrar, enn at det er *de største kommunene som bør bidra mest* (snittverdi: 3,81). En forutsetning for at alle skal bidra, er at *kommunene har kapasitet til å frigi personell for å delta i felles prosjekter* (snittverdi: 3,27). Her svarer respondentene noe ulikt. 19 % er uenige i at kommunen har kapasitet, 32 % svarer verken/eller, mens 49 % er enige. Samvariasjonsanalysen viser at det er en tendens til at det er de minste kommunene, som har minst kapasitet til å frigi personell til felles prosjekter. Samtidig mener 60 % av respondentene at *agderkommunenes vilje til å bidra med ressurser inn i felles prosesser/prosjekter, er blitt større etter etablering av RKG*. Jacobsen (2014) viser til at en av de ønskede effektene ved nettverk er stordriftsfordeler, ved blant annet å bedre kapasitetsutnyttelsen. 42 % mener at *RKG har bidratt til å styrke kommunens innovasjonskapasitet*, mens 54 % mener seg uenig eller at RKG ikke har hatt betydning. Det er interessant å observere at det er de mellomstore og store kommunene, som i størst grad opplever økt innovasjonskapasitet. KS sitt Innovasjonsbarometer (2018) viser også at andelen kommuner som har innført én eller flere innovasjoner stiger med antall ansatte. På mange måter skulle man jo tro at det var de minste kommunene som opplevde størst effekt på innovasjonskapasiteten ved å delta i et slikt nettverk. Det kunne vært naturlig ettersom det er de minste kommunene som har minst kapasitet til å frigi ressurser til felles prosjekter. 48 % mener at RKG i liten grad eller ikke har hatt betydning, som *pådriver for innovasjon og utvikling i den enkelte kommune*. 52 % mener at RKG har hatt betydning. Det kan dermed virke som om RKG hatt størst betydning for nettverkseffekter på regionalt nivå (innflytelse) eller mellom kommuner (læring), mens innovasjonen i den enkelte kommune ikke har blitt påvirket i så stor grad hittil. Dette drøftes videre i kap 6.5 *videreutvikling av RKG*.

## 6.2. Hvilken betydning har RKG hatt for innføring av velferdsteknologi i agderkommunene?

Gjennom RKG har agderkommunene gått sammen om et felles prosjekt *Innføring velferdsteknologi Agder*. Spørreundersøkelsen hadde en del påstander om betydningen av RKG og innføringsprosjektet av velferdsteknologi i agderkommunene.

### 6.2.1. Effektiv informasjonsspredning

Respondentene gir høy score på at RKG og samarbeidet har bidratt til *effektiv spredning av informasjon* (snittverdi: 4,03), skapt et *fagmiljø på tvers av kommunegrensene* (snittverdi: 4,12) og *økt erfaringsdeling* (snittverdi: 4,21). Få opplever at *viktig informasjon ikke når frem til mottagerne* (snittverdi: 2,69). Selv om trekk ved nettverkskonteksten (fysiske avstander) og trekk ved samarbeidet (størrelsen på nettverket) kunne tilsi vanskeligheter med å utvikle et tett samarbeid, har RKG nettopp bidratt til effektiv informasjonsspredning. Både Jacobsen (2014) og Innovasjonsbarometeret (KS, 2018) peker på at et av målene med nettverk er å etablere delings- og læringskultur.

### 6.2.2. Effektiv innføring av velferdsteknologi

Agderkommunene har gått sammen om et felles innføringsprosjekt med kontaktperson i hver enkelt kommune. Det har vært felles prosjektledelse og flere delprosjekter. De samme representantene som sitter i RKG, sitter også som representanter i den regionalt sammensatte styringsgruppen. Agderkommunenes informanter gir tilbakemelding på at RKG og prosjektene har hatt en stor betydning for å få til *en effektiv innføring av velferdsteknologi i agderkommunene* (snittverdi: 4,06). Styringsgruppen har ønsket at man gjennom et felles prosjekt skulle samarbeide om leveransene for best ressursutnyttelse samlet sett. I stedet for at hver enkelt kommune skulle utarbeide tjenesteforløp eller finne ut av hvordan man skulle gjennomføre tekniske implementering, har man gått sammen om å «spleise» på de nødvendige ressursene. Dette samsvarer med Jacobsens (2014) intenderte effekter ved nettverkssamarbeid: Økonomisk effektivitet, kvalitet og robusthet. Fellesprosjektet har bidratt til å øke kommunenes evne til å arbeide med tjenesteinnovasjon og den tekniske

implementeringen. I noe mindre grad har samarbeidet bidratt til å forenkle kommunens arbeid med tjenesteforløp og gevinstrealisering.

### 6.2.3. Helhetlig problemløsning

En enkelt kommune har kanskje ikke den spesifikke kompetansen eller kapasiteten som kreves, men gjennom samarbeid kan man bedre ressursutnyttelsen. Respondentene svarer nettopp at samarbeidet har vært nødvendig for å få til en **helhetlig tilnærming for å løse utfordringer som digital sikkerhet/sårbarhet/beredskap og teknisk integrasjon** (hhv snittverdi: 4,24 og 4,06). Podolny & Page (1998) nevner også at nettverk kan bedre den administrative ressursallokeringen. Slike utfordringer som digital sårbarhet og teknisk integrasjon, kan trolig ikke kan løses av en enkelt kommune men egner seg bedre til løses helhetlig gjennom samarbeid (Koppenjan & Klijn, 2004). Gjennom samarbeid øker også kundemakten for å få til løsninger i dialog med markedet.

Det at det har vært en felles regionalt sammensatt styringsgruppe har hatt innvirkning på at **agderkommunene har samme mål og drar i samme retning** (snittverdi: 4,03).

### 6.2.4. Effekt på økonomiske gevinster

Et annet aspekt er at innføringsprosjektet har hatt større innvirkning på å **bistå med den tekniske innføringen** (snittverdi: 3,88), enn å **forenkle arbeidet med tjenesteforløp** (snittverdi: 3,45) og **gevinstrealisering** (snittverdi: 3,48). Det er ikke den store forskjellen, men allikevel et interessant punkt. Dette kan ha sammenheng med at arbeidet med tjenesteforløp og gevinstrealisering i større grad er avhengig av interne ressurser og prosesser i kommunene. Dette viser seg også når det gjelder de økonomiske gevinstene på kort og lengre sikt. 33 % mener at **RKG og prosjektet i liten grad har bidratt til økonomiske gevinster (f.eks. spart tid/unngåtte kostnader/økt kvalitet) for kommunen sin allerede nå**, mens 36 % mener at RKG og innføringsprosjektet i stor grad har hatt betydning. Dersom man tar et fem års perspektiv, så økes andelen som mener at samarbeidet har hatt betydning til 55 %, mens 21 % fortsatt mener at det da heller ikke vil ha betydning. Undersøkelsen viser at det i hovedsak er de minste kommunene som svarer at de i liten grad oppnår gevinster nå eller om fem år. 61 % av de mellomstore kommunene og 100 % av de største kommunene svarer at de tror de vil kunne realisere gevinster innen ca. fem år.



For å illustrere arbeidet med gevinstrealisering, trekker jeg frem et sitat fra en av informantene:

*«I en implementeringsfase ser man ikke gevinster som spart tid eller unngåtte kostnader, men det er potensiale der. Økt kvalitet har vi fått fra dag en, men det koster å ha en innovasjonsprosess i kommunene. Synes det er lite fokus på at man får økte kostnader før de reduseres, og det må man ta med seg for å lykkes i satsningen.»*

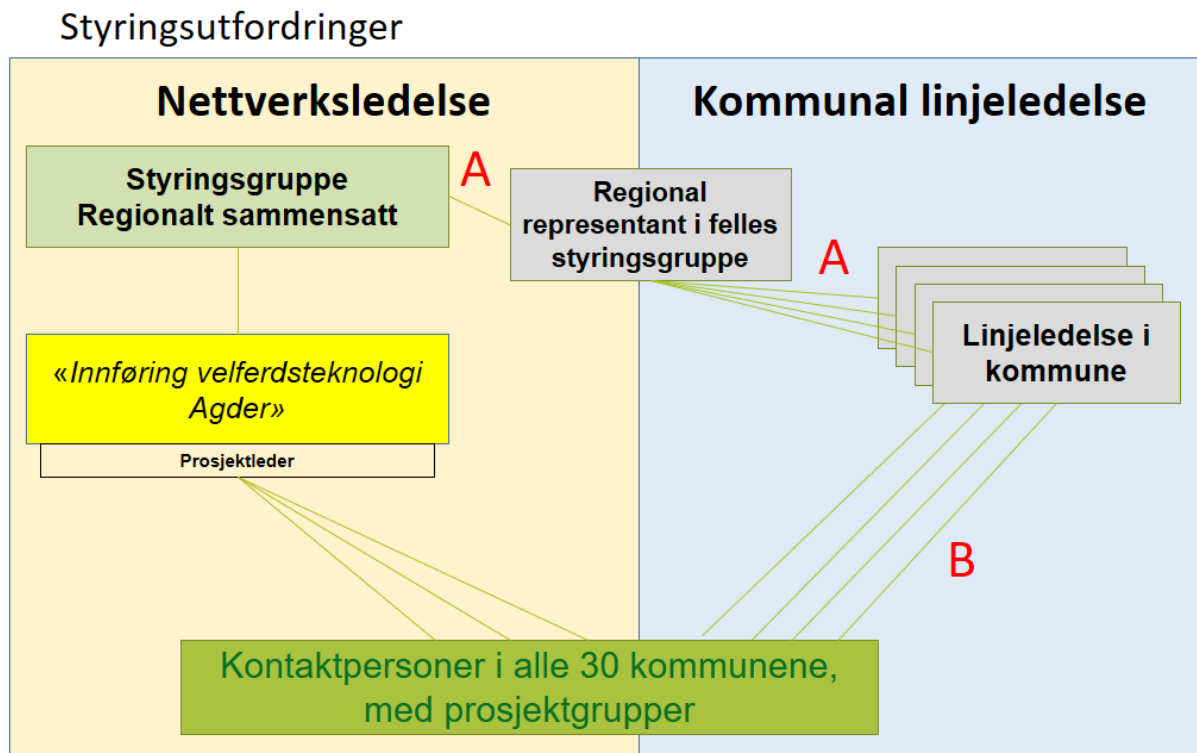
Arbeid med tjenesteforløp og gevinstrealisering er svært sentralt for prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder*, ettersom målformuleringen for prosjektet er slik .... *på en slik måte at det gir gevinster*. Et av delprosjektene heter «Tjenesteinnovasjon og forvaltning», og inneholder gevinstrealisering. Direktoratet for forvaltning og ikt (DIFI) har utarbeidet en prosjektveiviser som tydeliggjør viktigheten av gevinstrealiseringsarbeidet (DIFI, 2018). Blant annet peker DIFI på at gevinstrealisering er et helhetlig og systematisk arbeid som involverer prosjekt- og linjeorganisasjonen. Man må løfte blikket fra leveranser til gevinster, flytte fokus fra innføringsprosjekter til å vektlegge endringsprosesser og tjenesteinnovasjon (DIFI, 2018). God endringsledelse er avgjørende for å lykkes med gevinstrealiseringen. Her har linjeledelsen en viktig rolle slik at nye arbeidsprosesser faktisk blir kollektiv praksis.

I tillegg viser spørreundersøkelsen at flere kommuner har kapasitetsutfordringer med å frigi personell til å delta i felles prosjekter. Dersom det også er utfordringer med å benytte personell internt i kommunene til tjenesteinnovasjon, så kan det bli vanskeligere å realisere gevinstene. Jacobsen (2014) viser til at den samlede ressurstilgangen i nettverket kan ha innvirkning på suksessen i samarbeidet.

Agderprosjektet har en felles regional styringsgruppe, hvor blant annet representanter fra de fem helseledernetverkene sitter. I tillegg har hovedprosjektet anbefalt en prosjektorganisering for kommunene og bedt kommunene oppnevne en kommunal prosjektleder/kontaktperson som skal lede prosjektet fra den enkelte kommunes side.

Det kommunale styringskretsløpet (Hye og Øgård, 2017) beskriver samspillet mellom den politiske ledelsen som vedtar og administrasjonen som utfører. En slik modell for styring kan overføres til prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder*. I innføringsprosjektet har man som nevnt en regionalt sammensatt styringsgruppe som gjør **vedtak** og en felles prosjektleder som

**utfører** i samarbeid med kontaktpersonene i de 30 kommunene. Dette kan føre til prinsipal-agent-utfordringer dersom man ikke sikrer involvering av linjeledelsen i den enkelte kommune. Enten må det ivaretas gjennom involvering og videreformidling fra representanten i den felles styringsgruppen til linjeledelsen i de kommunene som vedkommende representerer (Se A i figur 28). Eller så bør den enkelte kommunale kontaktpersonen/prosjektlederen involvere sin egen linjeledelse i den lokale prosjektorganiseringen ved for eksempel å ha en lokal styringsgruppe (Se B i figur 28).



Figur 28: Styringsutfordringer.

For å lykkes med gevinstrealiseringsarbeidet må linjeledelsen i den enkelte kommune involveres. Riksrevisjonens (2016) undersøkelse av *Digitaliseringen av kommunale tjenester* avdekket nettopp at det var vesentlige hindringer for arbeidet med digitale tjenester og pekte på at kommunene oppgir at de ikke arbeider systematisk med å realisere gevinster av digitalisering. I det videre arbeidet i Agder bør nok dette ses nærmere på, slik at man kvalitetssikrer at både prosjekt- og linjeledelse i den enkelte kommune på hver sin måte blir ansvarliggjort til å drive endringsledelse for å oppnå de ønskede gevinstene.

En annen utfordring ved å ikke få involvert linjeledelsen i hver enkelt kommune, kan være risiko for ansvarsforvitring (Jacobsen, 2014). Ved nettverkssamarbeid kan det bli vanskelig å

avklare hvem som har ansvaret. Dette er det viktig å unngå, slik at man ikke risikerer å få en «uthuling» av de andre tradisjonelle styringsorganene.

Selv om påstanden knyttet til økonomiske gevinster «kun» oppnådde 2,85 i snittverdi, så er det viktig å trekke frem at flere av de andre påstandene viser at samarbeidet har bidratt til indirekte økonomiske gevinster. Informantene svarer blant annet at RKG og fellesprosjektet har bidratt til forenkling av søknadsprosesser, stordriftsfordeler (felles anskaffelse), effektiv innføring av velferdsteknologi og helhetlig tilnærming for å løse felles utfordringer.

Økonomiske effekter oppnås ofte også gjennom å utnytte stordriftsfordeler, etablere lavere produksjonskostnader og bedre selve kapasitetsutnyttelsen (Jacobsen, 2014 og Røiseland & Vabo, 2016).

### **6.3. I hvilken grad oppnår RKG målsetningene?**

Rådmannsgruppen for Regionplan Agder vedtok i 2016 å etablere RKG med følgende mål:

- At kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge.
- Å stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen.
- Økt interkommunal koordinering og forankring på Agder.

Tre år senere mener informantene at RKG er i ferd med å oppnå disse målene i stor grad.

Høyest score får **økt kommunal forankring** (snittverdi: 4,09), **ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge** (snittverdi: 4,06) og **økt kommunal koordinering** (snittverdi: 4,03).

Det som gis lavest score er **næringsutvikling i regionen** (snittverdi: 3,45).

Kommunal forankring er et av suksesskriteriene innen slike kommunale nettverk.

Kommuneinstitusjonens frihetsverdi (Baldersheim & Rose, 2014) viser til kommunens lokale selvstyre, frihet fra sentrale myndigheter og frihet til å ta egne beslutninger. For å lykkes med slike nettverk er det derfor viktig å sikre kommunal forankring og at beslutninger tas lokalt.

Det at næringsutvikling i regionen scorer lavest, kan ha flere årsaker. Det kan ha sammenheng med at Agder i mindre grad har et næringsliv som tydelig adresserer velferdsteknologi. I Stavanger er Norwegian Smart Care Cluster (NSCC) et klyngeprosjekt med 115 bedrifter og 45 kommuner. NSCC arbeider blant annet med å utvikle markedet innen velferdsteknologi-

både offentlig og privat (Norwegian Smart Care Cluster, u.å.). I Oslo har Norway Health tech ca. 270 medlemmer. Deres fokusområder er å legge til rette for FoU og industrisamarbeid mellom forsknings-, industri- og helsepersonell (Norway Health tech, u.å.). I Agder har vi IT-klyngen DIGIN, som er en ledende IKT-klynge på Sørlandet med 85 medlemsbedrifter (DIGIN, 2019). Visjonen til DIGIN er å gjøre Sørlandet best på digitale løsninger. DIGIN hadde tidligere Arena-status (UiA, 2012), men mistet denne (Arenacuster, u.å.). DIGIN forsøker nå igjen å søke Arena-status, men da innen et litt annet område enn velferdsteknologi, nemlig kunstig intelligens (DIGIN, 2018). I det videre arbeidet må man fortsatt legge til rette for godt samarbeid med næringslivet for å benytte innovasjonskraften, kompetansen og ressursene som finnes i dialog og utvikling sammen med leverandører og markedet. Dette poengteres også i stortingsmeldingen «Helsenæringen- Sammen om verdiskaping og bedre tjenester» (Nærings- og fiskeridepartementet, 2019, s. 9).

#### **6.4. Hva betyr ledelse, organisering og administrasjon for funksjonen i nettverket RKG?**

Nettverket RKG er et godt eksempel innen begrepet «New public governance» (NPG) (Osborne, 2010). NPG kjennetegnes av a) interorganisatorisk samarbeid og b) sterkere *nedenfra-og-opp-preg*. Slike nettverk etableres ofte for å imøtekomme komplekse utfordringer. Kommunene i Agder gir nettopp tilbakemelding på at det er avgjørende for effektene av nettverket at ***RKG består av kommunale ledere*** (snittverdi: 4,33) som dermed kjenner behovene. I kapittelet ovenfor vises det også til at RKG har bidratt til ***økt kommunal forankring***. Det kunne vært interessant å få avklart om respondentene her mener at ***kommunal forankring*** betyr at de kommunale interessene er ivaretatt på generell basis i forståelsen av kommunen som institusjon, eller om det oppleves at kommunal forankring betyr involvering av kommunalledelse/ linjeledelsen i hver enkelt kommune. I andre deler av spørreundersøkelsen kan det tyde på at nettverksamarbeidet har hatt større betydning regionalt, enn rent kommunalt. Samtidig mener respondentene at ***RKG-strukturen, med AU RKG, IKT referansegruppe Agder, er hensiktsmessig for å sikre måloppnåelsen*** (snittverdi: 4,03). Det tillegges også stor betydning på å ***ha et aktivt sekretariat i slike nettverk*** (snittverdi: 4,19). En av respondentene beskriver viktigheten av felles organisasjonsstruktur slik:

*«Felles organisasjonsstruktur har gitt økt engasjement der mål og retning har blitt tydeliggjort. Entusiasmen bidrar til at "alle" trekker i samme retning.»*

Agder består av 30 kommuner med ulike geografisk størrelse og ulikt antall innbyggere. Agderkommunene er også geografisk spredt på Sørlandet med Flekkefjord i vest til Risør i øst og fra Bykle i nord til Lindesnes i sør. Lange avstander og mange kommuner vil kunne ha innvirkning på effektene av nettverk, ved at det kan bli en mer kompleks kommunikasjon, flere misforståelser og risiko for manglende tillit (Jacobsen, 2014). Samtidig kan et stort nettverk med mange aktører, få større betydning eksternt. (Jacobsen, 2014). For RKG og agderkommunene sin del viser det seg at nettverket har hatt betydning for regionen og kommunene i Agder, på tross av mange aktører og geografiske avstander. Den høyeste snittverdien på spørreundersøkelsen (4,48 av 5,00) oppnås ved påstanden: ***RKG har bidratt til å sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi i Norge.***

Moore (2009) nevner også at nettverkets omfang vil kunne ha betydning for effektene. Selv om RKG i hovedsak består av *bare* kommunale representanter fra helse- og sosialsektoren, så er IKT miljøene, Fylkesmannen i Agder, KS Agder og brukerrepresentanter også representert i RKG-strukturen. Andre viktige samarbeidsaktører som Universitetet i Agder, Sørlandets sykehus HF og leverandører er med gjennom de enkelte prosjekter. Slik sett er RKGs samarbeidsområde kompleks og «krysser grenser» når det gjelder forvaltningsnivå og privat/offentlig sektor.

Jacobsen (2014) peker også på at stabilitet og kontinuitet i samarbeidet kan føre til et godt og effektivt samarbeid. RKG gjenbraker etablerte strukturer ved at representantene kommer fra helseledernetttverkene, som er fem regionale ledernetttverk som har samarbeidet over flere år.

Det at RKG består av representanter fra helseledernetttverkene kan også bli en kompliserende faktor for å sikre effektiv informasjonsspredning og tillitsskapende involvering. På mange måter kan en si at RKG nettverket er et nettverk av nettverk. Deltagerne i RKG representerer ikke 1-1 angående antall organisasjoner de representerer i samarbeidet. Flere av deltagerne i RKG representerer en rekke kommuner. Samarbeidet baserer seg derfor mye på tillit.

Jacobsen (2014) viser til flere studier som nettopp peker på *enighet* og *tillit*, som suksesskriterier for vellykkede interkommunale samarbeid. Agranoff & McGuire (2001) viser også til viktigheten av sosial kapital for å styrke tilliten i nettverk. I et samarbeid med så mange kommuner og «kun» noen få representanter som sitter i RKG, må informasjonsflyten og medbestemmelsen sikres. På spørsmål om tilliten mellom deltagerne i RKG, svarer kun

46 % at tilliten mellom deltagerne i RKG er svært god. Denne lave scoren kan ha sammenheng med at mange (over 30 %) svarte vet ikke. Dersom man trekker ut kun de representantene som sitter i RKG, så svarer 75 % seg enig i at kommunikasjonen og tilliten mellom deltagerne i RKG er svært god, mens de resterende 25 % svarer verken/eller.

Som en illustrasjon på styringsutfordringene i nettverkssamarbeid, viser jeg til følgende sitat fra en av informantene sin opplevelse:

*«Usikker på om strukturen som er valgt er riktig med tanke på eierskap og måloppnåelse i den enkelte kommune. Utfordrende at det er 30 kommuner på Agder og sju kommuner representert i RKG. Utfordrende at det er så mye informasjon og så mange nye prosjekter å forholde seg til hele tiden. Kommunene mister til en viss grad styringen og muligheten for å jobbe med lokale prosjekter, da alt koordineres via RKG. Dette bidrar til å løfte regionen og er bra, og jeg ønsker at satsningen videreføres enda noen år, men viktig at alle bidrar og at det gis rom for lokale initiativ.»*

Dette sitatet inneholder mange interessante betraktninger. Det pekes på strukturen som er valgt med «kun» sju kommunale representanter, mens det er 30 kommuner i Agder. Det pekes videre på at det er mye informasjon og at kommunene opplever til en viss grad å miste styringen og dermed muligheten til å jobbe med lokale prosjekter. Det vil nok være u hensiktsmessig å ha et RKG bestående av samtlige kommuner (30 representanter), derfor har man valgt en representasjonsstruktur. Igjen vises det hvor viktig det er at RKG og den regionale representanten sikrer informasjonsflyt til de kommunene som ikke sitter fast representert i RKG (Se A i figur 28). Dersom man ikke gjør det, så kan kommunene i økende grad oppleve at de mister styringen på prosessene. Man kan risikere å få «strek i laget». Linjeledelsen i den enkelte kommune må involveres for å sikre at gevinstene kan realiseres. Informasjonsflyt mellom representantene i RKG og kommunene de representerer er også viktig for å redusere risiko for elitedannelse (Powell, 1990; Jacobsen, 2014).

En annen informant beskriver informasjonsflyten slik:

*«Det blir sendt ut felles informasjon til alle kommunene - samtidig som helsenettverkets representant redegjør for ulike saker i nettverksmøtene. Samme informasjon til alle aktører er viktig i et samarbeid.»*

56 % av respondentene svarer at de er tilfreds med informasjonen de får om det som skjer i RKG. 50 % mener ikke at det er tilfelle at viktig informasjon gitt av RKG ikke når frem til mottagerne. I tillegg til at helsenettverkets representant redegjør for ulike saker i nettverksmøtene, kan det hende at RKG og de regionale prosjektene oftere bør presenteres i de regionale helsenettverkene. I tillegg kan man også vurdere om man i større grad bør ha møtearenaer for de 30 kommunalsjefene enten fysisk oppmøte eller via videomøte.

Lederskap i nettverkssamarbeid handler om relasjonelt lederskap, hvor prosessen lederskap er viktigere enn de individuelle egenskapene til lederskap (Mandell & Keast, 2009).

Nettverkslederrollen trenger ikke å være en og samme person, men kan bli utført av flere deltagere i nettverket (Koppenjan & Klijn, 2004). På spørsmål om tett samarbeid mellom leder RKG og RKG sekretariat er avgjørende for effektene av nettverket, svarer 46 % av informantene bekreftende på dette, mens 24 % svarer vet ikke og 30 % svarer verken/eller.

Avhandlingen til Haug (2009) peker på to andre interessante observasjoner innen ledelse av nettverk: Nettverksdirigert og dyadisk ledelse. Nettverksdirigenten arbeider i kulissene og skaper synergier mellom ulike nettverk og forsøker å koble personer. Dyadisk ledelse handler om at nettverksledelsen gjerne gjennomføres av to personer, som omtrent fungerer som et radarpar. Respondentene gir tilbakemeldingen på at et *tett samarbeid mellom leder RKG og RKG sekretariat er avgjørende for effektene i nettverket* (snittverdi: 3,84). Dette kan tyde på at RKG-nettverket har elementer av dyadisk ledelse. Videre svarer informantene at *RKG bør ha en aktiv rolle i å koble sammen aktører* (snittverdi: 3,88). Det å identifiserer muligheter og skape «vinn-vinn» situasjoner mellom nettverk og aktører, kan se ut til å ha betydning.

## 6.5. Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?

Respondentene fra agderkommunene er tydelige i sine svar på at det *bør legges bedre til rette for småskala utprøving i mindre kommuner* (snittverdi: 4,22). Samtidig mener mange at *RKG bør fortsette å koordinere felles søknadsprosesser på vegne av regionen* (snittverdi: 4,03). Som nevnt svarer 24 % at nettverkssamarbeidet i liten grad har *bidratt til å styrke kommunens innovasjonskapasitet*, mens 42 % svarer i stor grad.

I den videre utviklingen av RKG må en trolig gjøre noen valg. Skal man fortsatt la RKG koordinere felles søknader på vegne av regionen, tilrettelegge for regional innovasjon og

storskala implementering? RKG har hittil bidratt til å sette Agder på kartet nasjonalt, men ikke i så stor grad internasjonalt. Er neste steg for RKG og Agder å posisjonere seg internasjonalt? Eller skal man heller stimulere til økt kommunal innovasjon ved i større grad tilrettelegge for utprøving i enkeltkommuner? Eller klarer man å ivareta begge behovene?

Dette kan bli en kapasitetsutfordring, i og med at det allerede nå er en utfordring å frigi ressurser til felles prosjekter. I innføringsprosjektet var første bølge overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Deretter pågår nå utskiftningen til nye sykesignalanlegg på institusjoner. Samtidig har Agder startet implementeringen av trygghetsteknologi slik som dørsensor, GPS, røykvarsler, medisineringsstøtte, bevegelsessensor og e-lås (ehelseagder.no, 2019). Her trengs det mange kommuner som kan være «bestilling 1- kommuner». Kanskje bør man i større grad kommunisere viktigheten av denne type «utprøving» for både små og store kommuner. Bestilling 1- kommuner gjennomfører den første bestillingen og er dermed ansvarlig for test- og akseptanse av teknologien, samt utarbeidelse av tjenesteforløp. Deretter deles dette med de andre kommunene i samarbeidet. Her er det en mulighet for utprøving i mindre kommuner, samtidig som det vil kunne gavne fellesskapet.

En av respondentene skriver:

*«I regionen jeg tilhører, hadde vi fra før et veldig godt samarbeid på området. Agdersatsningen har gitt oss mer tyngde og slagkraft, men opplever at beslutninger blir fattet utenfor kommunen og at det er mye informasjon som er krevende å følge med på. Resulterer i en form for "demokratiunderskudd", hvor beslutningsprosesser og mulighet for påvirkning oppleves som fjernere enn tidligere. Men jeg tror det er riktig og viktig med samarbeid, utfordringen blir hvordan ta i bruk og tydeliggjøre gevinstene i den enkelte kommune.»*

Et kjennetegn ved nettverk er at de er i stadig endring og ikke er faste og rigide. Nettverk blir aldri fullt etablert (Moore, 2009). I en videreutviklingen av RKG peker denne respondenten på to viktige faktorer som er å sikre kommunal ivaretagelse ved beslutningsprosesser, samt å sikre kapasitet til den enkelte kommunes arbeid med å realisere gevinster.

Respondentene mener at RKG bør fungere som en **katalysator for felles utfordringer** (snittverdi: 3,84), **megler for aktørene og søke felles løsninger** (snittverdi: 3,81) og ha en aktiv rolle som **kobler sammen aktører og skaper nye allianser** (snittverdi: 3,88).



Videreutvikling av nettverk kan føre til økte transaksjonskostnader (Jacobsen, 2014). Dette gjelder også for RKG. Respondentene gir tydelig tilbakemelding på at *et aktivt sekretariat/administrasjon er avgjørende* i slike nettverk (snittverdi: 4,19). Informantene gir også tilbakemeldingen på at det *bør sikres finansiering for å styrke RKG sekretariatet* (snittverdi: 3,69). Jacobsen (2014) viser også til at videreutvikling av nettverk, kan føre til økt behov for finansiering, organisering og formalisering.

En ting er videreutviklingen av RKG e-helse, en annen ting er videreutvikling av regionale strukturer på Agder generelt. Rådmannsgruppen – Regionplan Agder har etablert RKG folkehelse og levekår og vurderer etablering av RKG klima og miljø, etter erfaringer fra RKG e-helse. Samfunnsutviklingen med komplekse og mangfoldige utfordringer peker på nettverk og nettverksledelse som gode måter å imøtekomme slike utfordringene på (Agranoff & McGuire, 2001). Noen beskriver utviklingen slik «*We live in a network society*» ((Castells, 2000) i Koppenjan & Klijn, 2004, s. 3). Det er da samtidig litt interessant å registrere at respondentene svarer litt variert angående påstanden: *Erfaringene fra RKG e-helse er så gode at man bør etablere tilsvarende RKG innen andre fagområder*. Undersøkelsen viser videre at 100 % de største kommunene ønsker at det skal etableres tilsvarende nettverk, dette kan ha sammenheng med at det er de største kommunene som også forventer de største gevinstene gjennom slikt samarbeid. Hos de mellomstore kommunene er over halvparten enige i at det bør etableres tilsvarende RKG innen andre fagområder, mens tendensen er mindre hos de minste kommunene. En interessant observasjon er at det er en større tendens hos kontaktpersonene (65 %) enn hos helselederne (44 %) i å ønske at det etableres tilsvarende nettverk på andre områder. Det kan ha sammenheng med informantenes erfaringer med at RKG nærmest har blitt en «læringshub», og at fagnivå dermed opplever disse erfaringsdeling- og læringsarenaene som svært nyttig.

I kapittel 6 har jeg drøftet funnene fra spørreundersøkelsen opp mot teorien som er valgt.

Hovedfunnene i undersøkelsen er at nettverket har hatt stor effekt på innflytelse, effektivitet (effektiv innføring av velferdsteknologi og effektiv informasjonsspredning), kvalitet (læring) og problemløsning (helhetlig tilnærming for å løse utfordringer innen teknisk integrasjon og digital sikkerhet/sårbarhet). Derimot er det hittil noe mindre effekt på økonomiske gevinster og innovasjonskapasitet. Undersøkelsen viser også forskjell mellom kommuner, når det

gjelder størrelse. Respondentene mener det er avgjørende for effektene at nettverket består av kommunale ledere.

I neste og siste kapittel skal jeg trekke opp implikasjonene av disse funnene.

## 7. Oppsummering og avslutning

I dette kapittelet oppsummeres funnene fra oppgaven, samt at praktiske og teoretiske implikasjoner som denne studien har, blir presentert.

### 7.1. Oppsummering og konklusjon

Temaet for denne undersøkelsen har vært effekter av nettverkssamarbeid, med utgangspunkt i erfaringene fra agderkommunenes etablering av RKG e-helse. Oppgavens problemstilling er: *Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner.*

Det er gjennomført en kartlegging blant kommunene som inngår i nettverket.

Studien viser at RKG og prosjektene har bidratt til nettverkseffekter (innflytelse, læring og stordriftsfordeler), mens velferdsteknologien foreløpig i mindre grad har ført til gevinster i den enkelte kommune. Betydningen av RKG er størst innen innflytelse, ved at samarbeidet i svært stor grad har bidratt til å sette Agder på kartet innen velferdsteknologi i Norge. RKG har i stor grad bidratt til økt erfaringsdeling og læring mellom kommunene i Agder. Det er etablert et fagmiljø på tvers av kommunene.

RKG og det felles innføringsprosjektet har i stor grad hatt betydning for indirekte økonomiske effekter, slik som effektiv informasjonsspredning og effektiv innføring av velferdsteknologi. Det er en økende forventning til fremtidige gevinster (0-5 år) med økende kommunestørrelse. Videre funn viser at det er de mellomstore og store kommunene, som i størst grad opplever økt innovasjonskapasitet. I tillegg har de minste kommunene minst kapasitet til å frigi personell til å delta i felles prosjekter.

Samarbeidet har også vært nødvendig for å få til en mer helhetlig problemløsning innen digital sikkerhet/beredskap og utfordringer med tekniske integrasjoner.

Studien viser også at agderkommunene i stor grad mener at RKG oppnår målsetningene og spesielt høyt scorer økt kommunal forankring og koordinering, samt at regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge.

Respondentene mener det er avgjørende for effektene at nettverket består av kommunale ledere og at det er et aktivt sekretariat. RKG-strukturen oppfattes som hensiktsmessig.

100% av de største kommunene er enig i at det bør etableres tilsvarende nettverk på andre fagfelt. Hos de mellomstore kommunene er over halvparten enig, mens tendensen er mindre hos de minste kommunene. Det er ønskelig at RKG fortsetter å koordinere felles søknader på vegne av regionen. I tillegg er det ønskelig at det fremover legges bedre til rette for småskala utprøving i mindre kommuner.

Dersom man skulle konkludert etter disse funnen, så viser studien at nettverket har hatt stor effekt på innflytelse, effektivitet, kvalitet og problemløsning. Styrket innovasjonskapasitet og direkte økonomiske gevinster oppleves hittil i mindre grad i kommunene. Derimot viser samarbeidet flere indirekte økonomiske gevinster, slik som stordriftsfordeler, effektiv informasjonsspredning og forenkling av prosjektsøknadsprosesser.

Hvilke praktiske og forskningsmessige implikasjoner har denne studien?

## **7.2. Hvilke praktiske implikasjoner har studien?**

### **7.2.1. For RKG e-helse**

Studien har tatt utgangspunkt i agderkommunenes erfaringer etter etableringen av en regional koordineringsgruppe. Funnene i studien gir noen praktiske implikasjoner for RKG e-helse, som bør vurderes i det videre arbeidet.

I følge Jacobsens modell (2014) har undersøkelsen vist at RKG har hatt betydning innen flere av de såkalte intenderte effektene. Samtidig har informantene også gitt tilbakemelding på at noen av de intenderte effektene i mindre grad gjør seg gjeldende i Agder.

RKG-samarbeidet har for eksempel vist stor effekt på innflytelse og informantene opplever at Agder har tatt en posisjon innen velferdsteknologi nasjonalt. Målsetningen fra 2016 var blant annet å bli ledende i bruken av velferdsteknologi i Norge. Et aktuelt spørsmål nå kan bli om Rådmannsgruppen ønsker å revidere målene for RKG. Er det interesse og kapasitet til å endre målsetningen og gå mer i retning mot internasjonalt ledende innen velferdsteknologi? Agder har siden 2016 vært med i European innovation partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) (European Commission, 2019). I 2016 søkte Agder og fikk status som

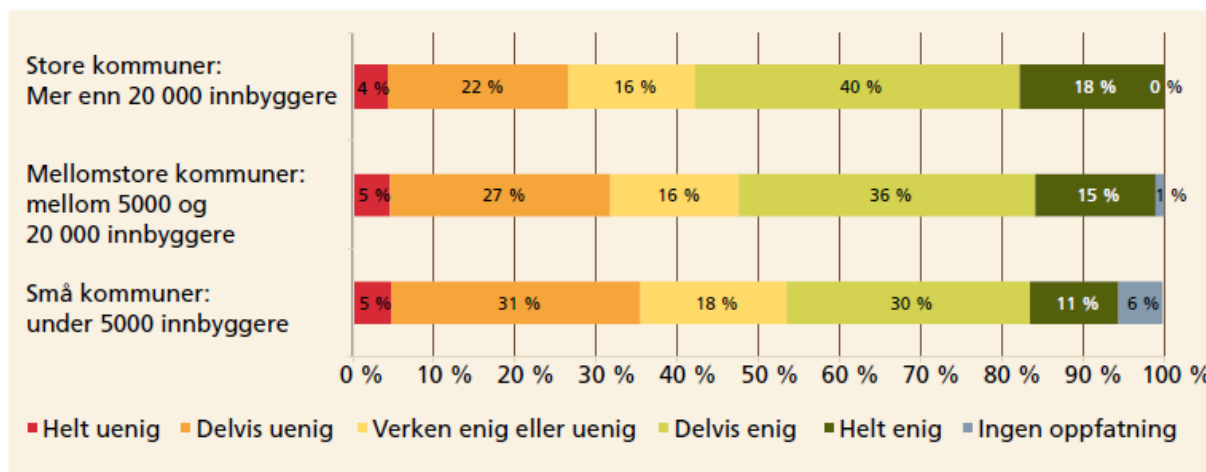
Reference site – velferdsteknologi i EIP on AHA (European Commission, 2019). Ny utlysning for Reference site er nå i juni 2019. Etersom RKG- nettverket har vist seg effektivt angående påvirkning og innflytelse i Norge, så kan man vurdere om Agder også bør posisjonere seg mer internasjonalt og da for eksempel i EIP on AHA - sammenheng.

En forutsetning vil da være å sikre kapasitet i RKG sekretariat og kapasitet til å frikjøpe personell til å delta i eventuelle europeiske prosjekter. Dette har allerede vist seg å være en utfordring og noe som bør tas tak i.

Prosjektet *Innføring velferdsteknologi Agder* har som mål at trygghets- og varslingsteknologi er integrert i helse- og omsorgstjenestene i alle 30 kommuner innen 2020 på en slik måte at det gir gevinster. På den ene siden er prosjektet svært nær målet sitt om å ha teknologien implementert. Samtidig viser denne undersøkelsen at det gjenstår en del på gevinstrealiseringsarbeidet. Blant annet bør nok styringsutfordringene (figur 28) ses nærmere på, slik at man får involvert linjeledelsen i de enkelte kommunene i større grad. Det er allerede planlagt et par tiltak nå for å forbedre informasjonsflyten og involveringen. RKG sekretariat har sammen med de regionale prosjektlederne på Agder invitert til webinar for kommunalsjefs nivå og fagnivå i de 30 kommunene. I tillegg planlegger delprosjekt 2 og 3 i innføringsprosjektet, regionale samlinger høsten 2019 hvor mellomlederne er målgruppen og tema er endringsledelse.

Denne studien har vist at RKG som nettverk har hatt stor effekt på innflytelse og på kvalitet i betydning læring. Det er skapt arenaer for erfaringsdeling og nettverket kan nesten betegnes som en «lærings-hub». I utgangspunktet var nok RKG tenkt å være både et strategisk og operativt nettverk. Dette var noe av grunnen til at nettverket bestod av kommunale ledere i RKG og at man hadde faglige representanter i AU RKG. I Riksrevisjonens undersøkelse av *Digitalisering av kommunale tjenester* (2016) ble det avdekket at den administrative ledelsen i mange kommuner opplever verken å ha tilstrekkelig teknisk IKT-kompetanse eller strategisk IKT-kompetanse til å gjennomføre den digitale transformasjonen (Figur 29). Digital IKT-kompetanse handler om å se og utnytte mulighetene digitalisering gir for virksomhetsutviklingen (Kommunal – og moderniseringsdepartementet, 2016). Spørreundersøkelsen i denne oppgaven viser at RKG har bidratt i størst grad til å øke kompetansen innen e-helse og velferdsteknologi, mens den strategiske IKT kompetansen har

økt i minst grad. RKG har her et utviklingspotensialet ved å videreutvikle samarbeidskulturen og læringen til også å gjelde den strategiske IKT kompetanse. Dersom RKG oppnår dette, kan Agder i større grad bidra nasjonalt både ved innflytelse og strategisk IKT kompetanse fra kommunalt ledernivå.



Figur 29: Kommuner som mener de har tilstrekkelig IKT-kompetanse (tall i prosent). (Riksrevisjonen, 2016, s. 68).

### 7.2.2. For andre nettverk i Agder

I det videre arbeidet med etablering av regionale nettverk på Agder, blir det uansett viktig å ta med seg erfaringene fra RKG e-helse. Dette bekreftees også av en rapport utgitt av PwC på oppdrag fra Vest-Agder fylkeskommune (PwC, 2019). Rapporten har evaluert Regionplan Agder 2020 og gir anbefalinger for arbeidet med Regionplan Agder 2030. Det pekes blant annet på at det bør arbeides videre med å konkretisere samordningsstrukturene. RKG`er og faggrupper oppfordres til å møtes jevnlig på tvers av temaområder, men man bør samtidig begrense hyppigheten, av effektivitetshensyn. Erfaringer knyttet til arbeidsform bør utveksles og det pekes da spesielt på at RKG e-helse har særskilt interessante erfaringer som bør deles på tvers av arbeidsgruppene.

Denne studien viser viktigheten av at nettverket består av kommunale ledere. I tillegg må andre RKG`er etableres med tilsvarende strukturell oppbygning, hvor informasjonsflyt og representasjon er viktige stikkord. Der det er etablerte strukturer i kommune-regionene bør disse gjenbrukes. Innen RKG e-helse var det oversiktlig ettersom man gjenbrakte de etablerte helseledernetverkene og etablerte en IKT referansegruppe Agder. Innen folkehelse og levekår er dette noe mer komplisert, ettersom samarbeidspartnerne i et RKG folkehelse-

nettverk kommer fra både helse- og sosialsektor, kultursektor og oppvekstsektor. I tillegg kan dette være organisert ulikt i de ulike kommunene og det er ikke sikkert det er opprettet regionale nettverk innen disse fagfeltene i alle fem regionene. Det kan derfor bli noe mer komplisert å etablere funksjonelle strukturer innen andre områder hvor flere sektorer er involvert. I tillegg må det jobbes med å skape en samarbeidskultur i nye RKG'er, som bidrar til tillit, enighet og delingskultur.

### **7.2.3. For andre nettverk i Norge**

I Norge har det vært en tradisjon for desentralisering, demokrati og reformer (Baldersheim & Rose, 2014), som har bygget på tre grunnleggende kommunale verdier: Frihetsverdien, demokrati verdien og effektivitets verdien. Dette er grunnsteiner i demokratiet og bygger opp under kommunenes selvråderett. Samfunnsutfordringene har de siste årene økt i kompleksitet og krever nye former for samhandling og problemløsning (Joyce, 1999). Utviklingen av samfunnet fremover kan føre til at effektivitets verdien blir viktigere for å sikre bærekraftig utvikling. For å opprettholde produktivitetsveksten vil digitalisering og innovasjon være sentralt og dermed trolig kreve økt statlig styring.

Riksrevisjonen (2018) peker på at det er behov for sterkere sentral styring av digitaliseringen i offentlig sektor. 1. januar 2016 ble Direktoratet for e-helse opprettet med bakgrunn i behovet for nettopp sterkere nasjonal styring og bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2019). Dersom man skal øke den statlige styringen av digitaliseringen i offentlig sektor, så viser erfaringene fra Agder at det er viktig å samtidig sikre forankring og involvering av kommunal ledelse.

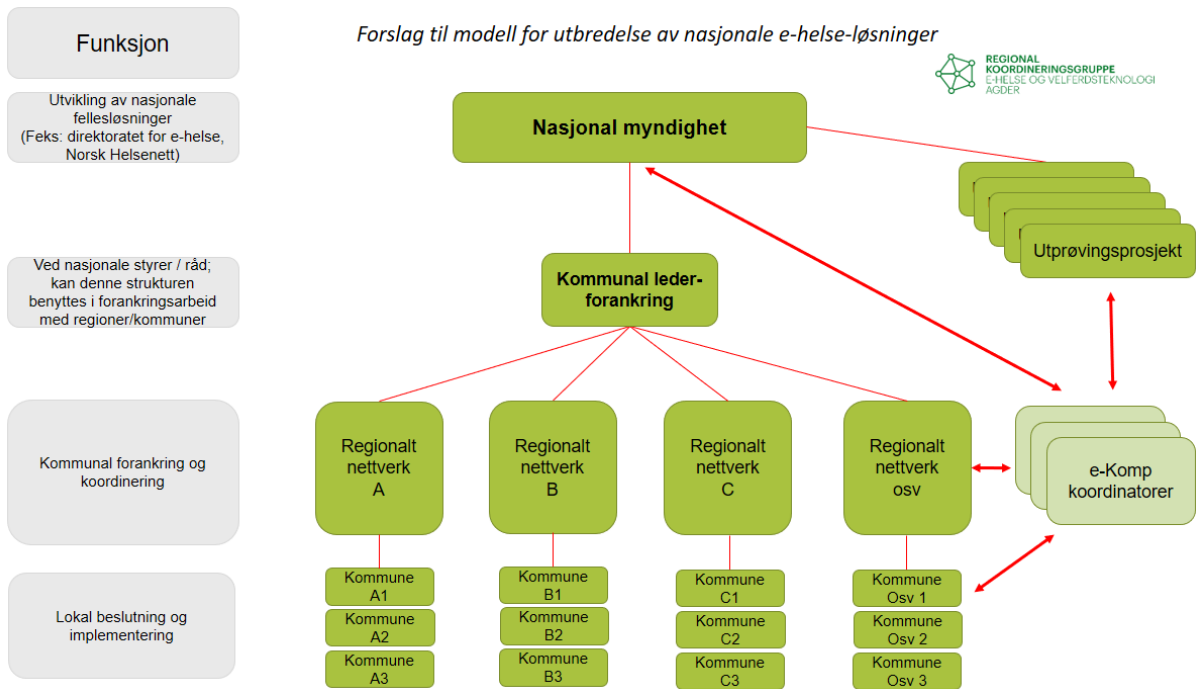
Hvordan vil digitaliseringen i offentlig sektor utvikle seg videre i Norge? Ønsker man å la «1000 blomster blomstre» innen digitalisering i Norge? Eller ønsker man sømløse fellesløsninger, slik som Helsenorge.no, Nasjonal kjernejournal, Én innbygger én journal, DigiHelse, DigiBarnevern, DigiSos, SvarUT, SvarInn osv. Vil økt digitalisering føre til at man må utvikle andre styringsformer, enn hierarkisk kommunalt selvstyre? Vil det holde med uforpliktende nettverkssamarbeid, hvor dialog, forhandling, tillit og enighet er det som preges i beslutningsprosesser? Hvordan sikrer vi utvikling av nasjonale digitale fellesløsninger i tett samarbeid med innbyggernes og det offentliges behov? Samtidig som man skal sikre kommunale beslutninger og nødvendig tjenesteinnovasjon for å realisere gevinstene?

En av de store prosessene som nå pågår i Norge, er arbeidet med «Én innbygger én journal» (ÉIÉJ). På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet overleverte Direktoratet for e-helse i juli 2018 en konseptvalgutredning (Direktoratet for e-helse, 2018). Direktoratet for e-helse anbefaler der en felles journal- og samhandlingsløsning for kommunene. Dette vil gi innbyggere mer helhetlige helsetjenester og helsepersonell i kommunene vil få et bedre arbeidsverktøy. En ekstern kvalitetssikring er gjennomført og i desember 2018 ble denne rapporten klar (Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Kvalitetssikringsrapporten støtter Direktoratet for e-helse sin anbefaling om en felles journalløsning for kommunene. Det anbefales at et forprosjekt igangsettes så fort som mulig. Samtidig anbefales det å sikre en stor grad av forpliktelse før man igangsetter et såpass stort tiltak for å sikre en komplett implementering i kommunene i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har nå gitt Direktoratet for e-helse et oppdrag om å starte forprosjektet for ÉIÉJ (Direktoratet for e-helse, 2019). Kristiansand/Agder har vært med som en av fire referanse-kommuner/regioner i dette arbeidet (Ehelseagder, u.å.). Nå blir det interessant å se hvordan en slik involverings- og forpliktelsesprosess blir lagt opp i Norge, hvor man skal ivareta både statlig styring og kommunal beslutning. Vil regionale nettverk komme til å få en sentral rolle her?

Mot slutten av oppgaven vil jeg her vise til et oppdrag som KS har fått i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (KS, 2019). Dette oppdraget handler om å utrede hvordan man kan etablere gode nasjonale og fylkesvise/regionale samarbeidsmodeller for implementering og spredning av nasjonale digitale tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. KS ønsker da å se på samspillet mellom fylkesvise/regionale digitaliseringssamarbeid, såkalte Digi-nettverk/RKG. DigiHordaland, DigiRogaland, RKG e-helse Agder, samt KS kompetanse-nettverk e-helse (Videreføringen etter KomUT (Norsk Helsenett, u.å)) skal bidra med innspill i dette arbeidet. Arbeidet som er gjort på Agder, gjennom etableringen og utviklingen av RKG e-helse, er altså invitert med til å dele erfaringer og komme med innspill til nasjonale og regionale samarbeidsmodeller for storskala-implementering i Norge. Foreløpig utkast til modell vises i figur 30.





Figur 30: Forslag til modell for utbredelse av nasjonale e-helse-løsninger (ehelseagder.no, 2019)

Dersom vi lykkes med å etablere gode samarbeidsmodeller mellom nasjonale myndigheter og regionale koordineringsnettverk bestående av kommunale ledere, så kan dette få stor betydning for den digitale transformasjonen i Norge. Det blir spennende å følge denne utviklingen og muligens vil Agders erfaringer innen nettverkssamarbeid slik som RKG, kunne være av sentral betydning.

### 7.3. Hvilke teoretiske implikasjoner har studien?

Denne studien har bidratt til noen praktiske implikasjoner nevnt ovenfor. I tillegg har undersøkelsen også avdekket noen problemstillinger som kan være aktuelt for videre forskning.

- **Gevinstrealisering og nettverkssamarbeid:**

Erfaringene fra denne studien viser at informantene fra Agder i mindre grad opplever at samarbeidet har bidratt til økonomiske gevinster. Styringsutfordringer mellom nettverksledelse og linjeledelse kunne vært interessant å utforske videre.

- **Sluttbrukers effekt av nettverk:**

Hvilken betydning har nettverkssamarbeid for sluttbrukers opplevelse av tjenestene? Er det slik at innbyggerne er mer opptatt av effektivitet og mindre fokusert på at kommunen skal være autonom og demokratisk?

- **Nettverksdeltagers rolle i nettverkssamarbeid:**

Det fins en del nettverksteori og mye er skrevet om nettverksledelse. Etter denne undersøkelsen kan det se ut som om at nettverksdeltagernes rolle kan være av stor betydning. Hvordan sikrer man informasjonsflyt? Hvordan sikrer man involvering av de aktørene/virksomhetene man sitter som representant for? Hvordan sikre reell representasjon når det er snakk om nettverk i nettverk og i en hektisk hverdag for toppledere i organisasjoner? Hvordan unngå elitedannelse, med kun de som deltager i nettverket?

- **Beslutningsprosesser i nettverkssamarbeid:**

I utgangspunktet har ikke nettverk en hierarkisk ledelse med sentral autoritet. I nettverk er det mer likestilte, horisontale relasjoner som fokuserer på å finne samarbeidsløsninger. Viktig stikkord er tillit, enighet og samarbeid. Som nevnt i oppgaven står Norge ovenfor noen store prosesser knyttet til digitalisering. Hvordan vil dette utvikle seg? Vil nettverk ha en sentral rolle i å implementere nasjonale digitale fellesløsninger i Norge? Eller vil man måtte formalisere nettverks-tekningen, hvor selvråderetten kanskje må vike noe mer på vegne av fellesskapets beste? Én innbygger - én journal vil for eksempel neppe bli en realitet dersom ikke alle er med.

## **7.4. Avsluttende kommentar**

Jeg håper at denne studien har bidratt til mer innsikt i betydningen av nettverkssamarbeid for en region og kommunene i samarbeidet. Jeg håper også at denne undersøkelsen kan bidra til å videreutvikle samarbeidet i Agder både for RKG e-helse og for andre aktuelle nettverkssamarbeid i Agder og i Norge.

## Litteraturliste

- Aarsæther, N (Red). (2013). *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Agranoff, R og M. McGuire (2001). After the Network is Formed: Process, and Performance. Kap. 2 i Myrna P. Mandell (red.): *Getting Results Through Collaboration: Networks and Network Structures for Public Policy and Management*. USA, Westport: Quorum Books.
- Andresen, A. K., Tiochta, M. & Tiochta, J. (2017). *Nettverksamarbeid - i en ny tid: En studie blant barnehageledere i Skien kommune*. (Mastergradsavhandling). Universitet i Agder, Kristiansand.
- Arenacluster. (u.å.). Arena-klyngene. Hentet fra <http://www.arenaclusters.no/arena-klyngene/>
- Baldersheim, H. (2015). Demokrati og lokalpolitikk. I Malnes, R.& Thorsen, E. (Red): *Demokrati – historien og ideene*, (s. 563-577). Oslo: Dreyers forlag.
- Baldersheim, H., Haug, A. V. & Øgård, M. (2008). *Mot den virtuelle kommunen. Studier i e-demokrati og e-forvaltning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Baldersheim, H. & Rose, L. E. (Red). (2014). *Det kommunale laboratorium* (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Baldersheim, H. & Øgård, M. (1997). *Evaluering i kommunal organisasjonsutvikling*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bevir, M. (2009). *Key Concepts in Governance* (Part I). Berkeley: University of California.
- Bovaird, T. & Loeffler, E. (2016). *Public Management and Governance*. (Third edition) London & New York: Routledge.
- DIFI. (2018, 12. mars). Gevinstrealisering. Hentet fra <https://www.prosjektveiviseren.no/bibliotek/tverrgaende/gevinstrealisering>
- DIGIN. (2018, 18. desember). Tilbakeblikk på 2018. Hentet fra <https://www.digin.no/nyheter/tilbakeblikk-pa-2018/>
- DIGIN. (2019). Om DIGIN. Hentet fra <https://www.digin.no/om-digin/>
- Direktoratet for e-helse. (2016). *Anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi*. (IS-2534). Hentet fra <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/2/IS-2534%20Anbefalinger%20knyttet%20til%20tekniske%20krav%20-%20ver%201.0.pdf>

- Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning: Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (IE-1029). Hentet fra <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/31/Konseptvalgutredning%20Nasjonal%20%C3%B8sning%20for%20kommunal%20helse-%20og%20omsorgstjeneste.pdf>
- Direktoratet for e-helse. (2018, 14. juni). Sikter på å etablere ny tjenesteleverandør i 2020. Hentet fra <https://ehelse.no/nyheter/sikter-pa-a-etablere-ny-tjenesteleverandor-i-2020>
- Direktoratet for e-helse. (2019, 2. mai). Om Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>
- Direktoratet for e-helse. (2019, 2. mai). Klarsignal for videre arbeid med felles journal- og samhandlingsløsning. Hentet fra <https://ehelse.no/nyheter/klarsignal-for-videre-arbeid-med-felles-journal-og-samhandlingslosning>
- Ehelseagder. (2018, 8. januar). Regional koordineringsgruppe eHelse og velferdsteknologi. Hentet fra <https://www.ehelseagder.no/om-rkg/>
- Ehelseagder. (2018). Prosjektdokumenter. Hentet fra <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/innforing-velferdsteknologi-agder/varslingsteknologi-prosjektomrade/>
- Ehelseagder. (2019, 9. mai). Agdersamling – Innføring. Hentet fra <https://www.ehelseagder.no/innforing-velferdsteknologi-agder/>
- Ehelseagder. (2019, 4. juni). RKG Webinar. Hentet fra <https://www.ehelseagder.no/rkg-webinar/>
- Ehelseagder. (u.å.). Innføring velferdsteknologi Agder. Hentet fra <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/innforing-velferdsteknologi-agder/>
- Ehelseagder. (u.å.). Én innbygger –én journal. Hentet fra <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/en-innbygger-en-journal/>
- Enersen, T. L. T. & Salvesen H. (2012). *Kritisk prøving av resonnementer omkring dyadisk lederskap nettverksdirigenten innenfor teorier om nettverksledelse*. (Mastergradsavhandling). Universitet i Agder, Kristiansand.
- European Commission. (2019, 29. mai). Welcome to the EIP on AHA portal. Hentet fra [https://ec.europa.eu/eip/ageing/home\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en)
- European Commission. (2019, 29. mai). Reference Sites. Hentet fra [https://ec.europa.eu/eip/ageing/reference-sites\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/reference-sites_en)
- Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Kvalitetssikringsrapport KSI av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Hentet fra

<https://ehelse.no/Documents/En%20innbygger%20-%20en%20journal/KVALITETSSIKRINGSRAPPORT%20KS1%20AV%20NASJONAL%20LØSNING%20FOR%20KOMMUNAL%20HELSE-%20OG%20OMSORGSTJENESTE.pdf>

- FN. (2019, 10. april). FNs bærekraftsmål. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>
- Haug, A. V. (2009). *Lokaldemokratiet på nett og i nett*. Oslo, Dr. polit. avhandling, Universitetet i Oslo.
- Haug, A. V., Hye, L. & Øgård, M. (2017). Forskningsprosjekt KLOK v/senter for anvendte kommunalforskning, UiA.
- Helsedirektoratet. (2014). *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området*. (IS-2225). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/120/Helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området-IS-2225.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier*. (IS-2552). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Rapport%20Anbefalinger%20om%20responstjenester%20for%20trygghetsskapende%20teknologier.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019, 27. april). Om Norsk velferdsteknologiprogram. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Hye, L og Øgård, M (2017) *Problem-solving at the local level in turbulent times*, i Trondal m.fl (2017) *Governance in turbulent times*, Oxford University Press, New York.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Evaluering av interkommunalt samarbeid etter kommunelovens §27 – omfang, organisering og virkemåte*. (Rapport på oppdrag fra Kommunal – og Regionaldepartementet). Kristiansand.

- Jacobsen, D. I. (2014). *Interkommunalt samarbeid i Norge. Former, funksjoner og effekter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Joyce, P. (1999). *Strategic Management for the Public Service*. London: Open University Press.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Digital agenda for Norge. IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. (Meld. St. 27 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/fe3e34b866034b82b9c623c5cec39823/no/pdfs/stm201520160027000dddpdfs.pdf>
- Koppenjan, J. & Klijn, E. H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks*. London & New York: Routledge.
- KS. (2019, 13. november). Kommunesektoren er innovative. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-for-kommunal-sektor/kommunesektoren-er-innovativ/>
- KS. (2019, 11. april). Nytt midlertidig kompetansenettverk for e-helse. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/utviklingsprosjekter/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/nytt-midlertidig-kompetansenettverk-for-e-helse/>
- Kubens, V. (2018, 24. august). *Han var med å lage «felles mål for Agder» på 90-tallet. Her er Victor Normans nye forslag for å løfte landsdelen*. Fædrelandsvennen God helg. Hentet fra [https://www.fvn.no/god\\_helg/i/71Ad0K/Han-var-med-a-lage-Felles-mal-for-Agder-pa-90-tallet-Her-er-Victor-Normans-nye-forslag-for-a-lofte-landsdelen](https://www.fvn.no/god_helg/i/71Ad0K/Han-var-med-a-lage-Felles-mal-for-Agder-pa-90-tallet-Her-er-Victor-Normans-nye-forslag-for-a-lofte-landsdelen)
- Mandell, M. P. & Keast, R. (2009). A New look at leadership in collaborative networks: process catalysts. I Rafell, J. A. m. fl. (red): *Public Sector Leadership. International Challenges and Perspectives*. London Edward Elgar.
- Moore, M. H. (2009): Networked Government: Survey of Rationals, Forms and Techniques. I Stephen Goldsmith, Donald F. Kettl, editors (2009): *Unlocking the power of networks: keys to high-performance government*. (s. 190-225). Washington, D.C: Ash Institute for Democratic Governance and Innovation Brookings Institution Press.
- Nasjonalt program for leverandørutvikling (2018). *Prosessbeskrivelse av felles anskaffelse trygghets- og varslingsteknologi i Agder*. Hentet fra <http://innovativeanskaffelser.no/wp-content/uploads/2018/08/rapport-prosessbeskrivelse-fellesanskaffelseagder-210818.pdf>

- Norsk Helsenett (u.å.). KomUT (Kommunal utbredelse). Hentet fra <https://www.nhn.no/komut-kommunal-utbredelse/>
- Norway Health tech. (u.å.). Om oss. Hentet fra <https://www.norwayhealthtech.com/nb/about/>
- Norwegian Smart Care Cluster. (u.å.). Om oss. Hentet fra <https://www.smartcarecluster.no/om-nsc>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- NOU 2016: 3. (2016). *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/64bcb23719654abea6bf47c56d89bad5/no/pdfs/nou201620160003000dddpdfs.pdf>
- Nærings- og fiskeridepartement. (2019). *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*. (Meld. St. 18 2019-2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/41435798a618491e902935a590967502/no/pdfs/stm201820190018000dddpdfs.pdf>
- Opstad, L. (2013). *Økonomistyring i offentlig sektor* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Osborne, S. (2010). *The (New) Public Governance: a suitable case for treatment?* I Osborne, S. (2010): *The New public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge.
- Podolny, J. M. & Page K. L. (1998) Network forms of organization. *Annual Review of Sociology*, vol. 24, 57-76.
- Powell, W.W. (1990). Neither Market nor Hierarchy – Network Forms of Organization. I Thompson G., J. Frances, R. Levacic, J. C. Mitchell (red.): *Markets, Hierarchies and Networks. The coordination of social life*. London: Sage Publications. Vol 12, 295-336.
- PwC. (2019). *Evaluering av Regionplan Agder 2020*. Hentet fra <http://www.regionplanagder.no/media/7364428/Rapport-Evaluering-av-Regionplan-Agder-2020-endelig.pdf>
- Regionplan Agder (u.å.). Gjennomføring av Regionplan Agder 2020. Hentet fra <http://regionplanagder.no/om-oss/>

- Regionplan Agder (2010, juni). Med overskudd til å skape. Hentet fra <http://www.regionplanagder.no/media/6307599/Regionplan-Agder-2020-norsk-.pdf>
- Regionplan Agder (2015, september). Verdiskapning og innovasjon Agder (VINN-planen). Hentet fra [http://www.regionplanagder.no/media/5967288/Vinn-Agder\\_design.pdf](http://www.regionplanagder.no/media/5967288/Vinn-Agder_design.pdf)
- Regionplan Agder (2015, november). FoUoI Agder 2030. Hentet fra [http://www.regionplanagder.no/media/6006248/FoUoI\\_2030\\_LR.pdf](http://www.regionplanagder.no/media/6006248/FoUoI_2030_LR.pdf)
- Regionplan Agder (2017, 2. oktober). Regional koordineringsgruppe eHelse og velferdsteknologi. Hentet fra <http://regionplanagder.no/om-oss/regional-koordineringsgruppe-e-helse-og-velferdsteknologi/>
- Regionplan Agder (u.å.). Sørlandsrådet. Hentet fra <http://www.regionplanagder.no/om-oss/soerlandsraadet/>
- Regionplan Agder (u.å.). Rådmannsgruppen Agder 2020. Hentet fra <http://www.regionplanagder.no/om-oss/raadmannsgruppe/>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av digitalisering av kommunale tjenester*. (Dokument 3:6/ 2015–2016). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/DigitaliseringKommunaleTjenester.pdf>
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av digitalisering i statlige virksomheter*. (Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1/ 2018). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2017-2018/Digitalisering.pdf>
- Røiseland, A. & Vabo S. I. (2016). *Styring og samstyring: Governance på norsk* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sahlin-Andersson, K. (2002). *National, International and Transnational Constructions of New Public Management*. I Christensen, T. & P. Lægreid (eds): *New Public Management. The transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate.
- Salamon, L. M. (2002). *The Tools of Government*. London: Oxford University Press.
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 23. februar). Befolkning. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- Sørensen, E. og Torfing, J. (2016). *Theories of Democratic Network Governance*, Palgrave, London.
- Sørlandstinget. (2012, 18. oktober). Statutter for Sørlandstinget vedtatt 18. oktober 2012. (Revidert på Sørlandstingets møte 27.05.16). Hentet fra



<http://www.ks.no/globalassets/regionene/ks-agder/annet/sorlandstinget/statutter-for-sorlandstinget-revidert-27-mai-2016.pdf>

- UiA. (2012, 15. juni). Digin ble Arena-prosjekt. Hentet fra <https://www.uia.no/nyheter/001-nyhetsarkiv-2003-2014/digin-ble-arena-prosjekt>
- Vegge, S. (2016). *Nettverk i kjølvannet av Flik*. (Mastergradsavhandling). Universitet i Agder, Kristiansand.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### ***”Betydning av strategisk og operativt nettverksarbeid ved innføring av velferdsteknologi i agderkommuner?”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å undersøke effekter av nettverkssamarbeid i kommuner, ved innføring av velferdsteknologi. Undersøkelsen er en del av datagrunnlaget i masteroppgaven til Kjetil Løyning. Leder av RKG er informert om undersøkelsen.

Link til undersøkelsen: <%MorpheusMailLink%>

Nedenfor finner du informasjon om undersøkelsen og samtykkeerklæring.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Masteroppgaven tar utgangspunkt i nettverkssamarbeidet - Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG), som er etablert og forankret i rådmannsgruppa for Regionplan Agder. RKG består blant annet av representanter fra de 5 helseledernetverkene i Agder, samt kommunene Arendal og Kristiansand. For å belyse problemstillingen kontaktes de 30 kommunale representantene i de 5 helseledernetverkene i Agder, samt kontaktpersonene i de 30 kommunene for «innføring av velferdsteknologi». (Dersom du innehar både rollen som kommunens representant i helseledernetverket og kommunens kontaktperson i Innføring velferdsteknologi Agder oppgis dette i spørreskjemaet)

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Spørreskjemaet tar ca. 10 minutter å svare på. Det er frivillig å delta i prosjektet. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg, hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn, ved å henvende deg til prosjektansvarlig eller student.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle svar vil bli anonymisert. Databehandler vil være UiA og student har kun tilgang til anonymiserte data. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektet avsluttes 14. juni 2019 og alle data vil bli slettet etter dette.

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitet i Agder, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Samtykkeerklæring:**

Ved å trykke på lenken (ovenfor) samtykker jeg til å delta i prosjektet. Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Betydning av strategisk og operativt nettverksarbeid ved innføring av velferdsteknologi i agderkommuner*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

**Ansvarlig for forskningsprosjektet og andre spørsmål?**

Universitet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

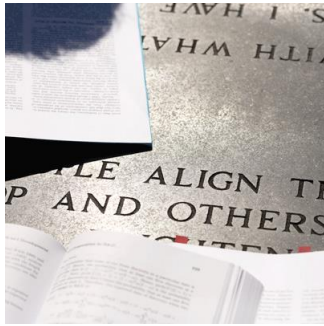
Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Med vennlig hilsen

Kjetil Løyning, masterstudent, 93482215 [kjetil.loyning@kristiansand.kommune.no](mailto:kjetil.loyning@kristiansand.kommune.no)

Linda Hye, veileder, [linda.hye@uia.no](mailto:linda.hye@uia.no)

## Vedlegg 2: Spørreskjema



Velkommen til undersøkelsen «Betydning av strategisk og operativt nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i agderkommuner».

Undersøkelsen tar ca 10 minutter å besvare.

Du kan når som helst bruke knappene nedenfor for å navigere deg frem og tilbake i undersøkelsen.

Trykk på neste for å komme i gang.

### **Begrepsavklaring:**

**Nettverk:** Flere enn to aktører, som har repeterende og vedvarende relasjoner, med et felles formål, uten at det er en formell autoritet/leder som kan skille eller løse tvister eller konflikter. I denne forståelsen kommer nettverk ikke som en erstatning for, men mer som et supplement til mer formell organisering.

**RKG:** Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG) ble etablert og forankret av Rådmannsgruppen Regionplan Agder januar 2016. I spørreskjemaet betraktes RKG som et nettverkssamarbeid.

**Region:** Agder, med samtlige 30 kommuner.

**Helseledernettverk:** De 5 regionale nettverkene av helse- og omsorgsledere på Agder. Ulike benevnelser benyttes: Helsenettverk, Helse- og omsorgslederforum, Helse- sosial og omsorgsnettverket. I spørreskjemaet benyttes begrepet helseledernettverk.

**Kommunens representant i helseledernettverket:** Øverste leder for pleie og omsorg/ helse og omsorg / helse og sosial, som representerer kommunene i helseledernettverket.

**Kommunens kontaktperson for prosjektet «Innføring velferdsteknologi Agder»:** I prosjektet «Innføring velferdsteknologi Agder» har hver kommune opprettet en kommunal kontaktperson for innføring av velferdsteknologi i sin kommune.

**Jeg representerer en kommune med følgende antall innbyggere:**

- (1)  Under 4999 innbyggere
- (2)  5000 - 19 999 innbyggere
- (3)  Over 20 000 innbyggere

**Jeg er:**

**(mulig å krysse av for flere alternativ)**

	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Kommunens representant i helseledernetverket i min region	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Leder av helsenettverket i min region	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Representant i RKG	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Kommunens kontaktperson inn mot prosjektet " <i>Innføring velferdsteknologi Agder</i> "	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Kommunens representant i Fagutvalg for e-helse og velferdsteknologi i min region	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

### Hvordan vil du vurdere påstandene nedenfor?

	Svært uenig	Uenig	Verken/eller	Enig	Svært enig
Kommunen jeg jobber i, har kapasitet til å frigi personell for å delta i felles prosjekter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Samhandling skjer i stor grad mellom kommunene i helseledernetverket jeg tilhører	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Samhandling skjer i stor grad mellom kommunene på tvers av Agder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg oppfatter at agderkommunene har samme mål og drar i samme retning når det gjelder e-helse og velferdsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
For å lykkes med RKG-samarbeidet er vi avhengig av at alle deltakerne/kommunene bidrar	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
For å lykkes med RKG-samarbeidet er vi avhengig av at de største kommunene bidrar mest	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Agderkommunenes vilje til å bidra med ressurser inn i felles prosesser/prosjekter har blitt større etter etablering av RKG	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Agderkommunenes samarbeidsklima ("spille hverandre gode") har blitt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Svært uenig      Uenig      Verken/eller      Enig      Svært enig

bedre etter etableringen av  
RKG

Gi eventuelt eksempler på hvordan samarbeidsklimaet har bedret seg:

---

---

---

---

---

**I hvor stor grad mener du at RKG og prosjektene koordinert gjennom RKG har:**

	Svært liten grad	Liten Grad	Verken/eller	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke
Bidratt til økonomiske gevinster (f.eks. spart tid/unngåtte kostnader/økt kvalitet) for kommunen min allerede nå	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bidratt til potensielle økonomiske gevinster (f.eks. spart tid/unngåtte kostnader/økt kvalitet) for kommunen min, som vil kunne realiseres innen ca. 5 år	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bidratt til forenkling av prosjektsøknadsprosesser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Styrket kommunens innovasjonsevne	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Styrket kommunens innovasjonskapasitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Svært liten grad	Liten Grad	Verken/eller	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke
Forenklet beslutningsprosessene ved innføring av velferdsteknologi i egen kommune	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bidratt til effektiv spredning av informasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bidratt til stordriftsfordeler (f.eks. spart tid/unngåtte kostnader/økt kvalitet) gjennom felles anskaffelse av trygghets- og varslingssteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Økt innflytelse overfor andre eksterne aktører/samarbeidspartnere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bidratt til å sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi i Norge	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bidratt til å sette Agder på kartet innen e-helse og velferdsteknologi internasjonalt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Andre positive/negative effekter som du ønsker å trekke frem?**

---



---



---



---



---



### Hvor enig er du i påstandene nedenfor:

	Svært uenig	Uenig	Verken/eller	Enig	Svært enig
Det er skapt et miljø på tvers av kommunegrenser, hvor ansatte nå har fått tilgang på fagmiljø med lignende problemstillinger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Samarbeidet er nødvendig for å få mer helhetlig tilnærming for å løse utfordringer med teknisk integrasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Samarbeidet er nødvendig for å få en mer helhetlig tilnærming for å løse utfordringer som digital sikkerhet/sårbarhet/beredskap	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
RKG/Innføringsprosjektet har bidratt til økt erfaringsdeling og læring mellom kommunene i Agder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
RKG er blitt en pådriver for innovasjon og utvikling i den enkelte kommune	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
RKG arbeider for å ivareta interessene til samtlige 30 kommuner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

### I hvor stor grad mener du RKG og prosjektene, bidrar til økt kompetanse/læring for deg innen:

	Svært liten grad	Liten grad	Verken/eller	Stor grad	Svært stor grad
Strategisk IKT kompetanse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Svært liten grad	Liten grad	Verken/eller	Stor grad	Svært stor grad
E-helse og velferdsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Gevinstrealisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tjenesteinnovasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvilken betydning mener du prosjektet «Innføring velferdsteknologi Agder» har hatt for:**

	Svært liten betydning	Liten betydning	Verken/eller	Stor betydning	Svært stor betydning
En felles effektiv innføring av velferdsteknologi i agderkommunene	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
At kommunen jeg jobber i, vil oppnå at velferdsteknologi er en integrert del av kommunehelsetjenesten innen 2020	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
At kommunen jeg jobber i, er bedre i stand til å innføre velferdsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
At kommunen jeg jobber i, har økt evnen til den tekniske innføringen av velferdsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
At kommunen jeg jobber i, har økt evnen til å arbeide med tjenesteinnovasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
At kommunen jeg jobber i, har forenklet arbeidet med tjenesteforløp	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	<b>Svært liten betydning</b>	<b>Liten betydning</b>	<b>Verken/eller</b>	<b>Stor betydning</b>	<b>Svært stor betydning</b>
At kommunen jeg jobber i, har forenklet arbeidet med gevinstrealisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
At kommunen jeg jobber i, har økt kompetansen om velferdsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Rådmannsgruppen – Regionplan Agder etablerte, i 2016, RKG e-helse med følgende mål:

- At kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge
- Å stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen
- Øke interkommunal koordinering og forankring på Agder

#### **I hvor stor grad mener du RKG oppnår sine mål?**

	<b>Svært liten grad</b>	<b>Liten grad</b>	<b>Verken/eller</b>	<b>Stor grad</b>	<b>Svært stor grad</b>
Regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arbeidet stimulerer til deltagelse i forskning	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arbeidet stimulerer til utviklingsarbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arbeidet stimulerer til næringsutvikling i regionen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt regional kommunal koordinering på Agder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt regional kommunal forankring på Agder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

## Hva betyr ledelse, organisering og administrasjon for funksjonen i nettverket RKG?

	Svært liten grad	Liten grad	Verken/eller	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke
RKG-strukturen (RKG, AU RKG, IKT referansegruppe Agder) er hensiktsmessig for å sikre måloppnåelsen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Det at RKG består av kommunale ledere er avgjørende for effektene av nettverket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Kommunikasjon mellom deltagerne i RKG er svært god	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tillit mellom deltagerne i RKG er svært god	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
RKG sitt mål og kommunenes mål samsvarer i stor grad	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tett samarbeid mellom leder RKG og RKG sekretariat har vært avgjørende for effektene av nettverket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Et aktivt sekretariat/administrasjon er avgjørende i slike nettverk	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

## Hvordan bør RKG videreutvikle seg fremover?

	Svært uenig	Uenig	Verken/eller	Enig	Svært enig
Erfaringene fra RKG e-helse er så gode at man bør etablere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Svært uenig	Uenig	Verken/eller	Enig	Svært enig
tilsvarende RKG innen andre fagområder					
RKG bør fortsette å koordinere felles søknadsprosesser på vegne av regionen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
RKG bør være en megler for aktørene og søke felles løsninger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
RKG bør fungere som en katalysator for felles utfordringer i Agder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Det bør sikres finansiering for å styrke RKG sekretariat	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Det bør legges bedre til rette for småskala utprøving i mindre kommuner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
RKG bør ha en aktiv rolle som kobler sammen aktører og skaper nye allianser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg er tilfreds med informasjon (mengde og type) jeg får om det som skjer i RKG	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg opplever at viktig informasjon gitt av RKG ikke når frem til mottagerne	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

**Jeg ønsker informasjon om RKG og prosjektene via (mulig å krysse av for flere alternativer):**

- (1)  Facebook e-helse og velferdsteknologi Agder

- (2)  Nettsiden ehelseagder.no
- (3)  Faste arenaer/fysisk møter som involverer alle kommunene på kommunalsjefs-/helseledernivå
- (4)  Digitale samlinger (Skype), hvor de ulike prosjektene kan presentere status

**Åpent spørsmål: Er det andre tiltak som du mener er viktig for at RKG kan videreutvikle seg?**

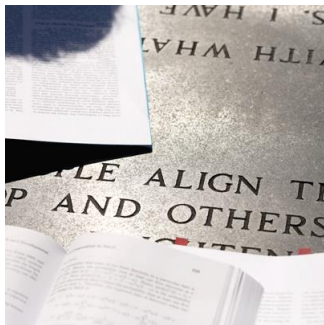
---

---

---

---

---



Ved å trykke på **avslutt**, sendes dine svar inn og spørreundersøkelsen avsluttes.

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

Med vennlig hilsen  
Universitetet i Agder