

Marit Øien

Innovasjon i paragrafrytternes verden

- Forsikring fra liten til stor skrift

Juni 2020

Innovasjon i paragrafrytternes verden

- Forsikring fra liten til stor skrift

Marit Øien

SOS6901 1 Organisasjon og ledelse

Innlevert: Juni 2020

Hovedveileder: Gunhild Tøndel

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Sammendrag:

Formål: Hensikten med oppgaven er å belyse innovasjon i en regelstyrt bransje – forsikringsbransjen - ved hjelp av tre forskningsspørsmål som omhandler samfunnsansvar som motivasjon, implementering av en innovasjonsprosess og samhandling med interne og eksterne samarbeidspartnere. Innovasjonen er et nytt saksbehandlervertøy, i oppgaven omtalt som HelseHjelp, hvor visjonen er å hjelpe flere tilbake i jobb etter en sykdom eller skade.

Metode: Undersøkelsen har en kvalitativ tilnærming inspirert av grounded theory og den etnografiske tilnærmingens tradisjon, og balanserer mellom en induktiv og abduktiv analysestrategi. Studiet er gjennomført på egen arbeidsplass ved 11 semistrukturerte intervju med saksbehandlere i oppgjørsavdelingen, som et resultat av et strategisk utvalg. Det er benyttet en intervjuguide, men intervjuobjektene har fått snakke utover spørsmålene som de selv har ønsket. Materialet har blitt transkribert og tematisk analysert ved hjelp av en tverrsnittbasert og kategorisk inndeling av data.

Resultat: Intervjuene har gitt innsyn i en regelstyrt bransje hvor forsikringsvilkår kan oppleves som innovasjonshemmende. HelseHjelp styres ikke av vilkår, og kan endre bransjens image som samfunnsaktør, som igjen oppfattes som en motiverende faktor av saksbehandlerne. Implementeringen har både oppturer og nedturer. Saksbehandlerne er selvstendige i arbeidshverdagen og står fritt til å bruke verktøyet som de vil.

Utførepunktets bruk av HelseHjelp har gitt saksbehandlere mer meningsfulle arbeidsoppgaver og kundene bedre oppfølging, med muligheter for videreutvikling av verktøyet. De øvrige produktene har ikke hatt samme oppfølging, og savner egen tilrettelegging. Det etterlyses konkrete bevis og en evaluering, men genvinstene er vanskelige å måle eller telle. Motivasjonen påvirkes, og flere av intervjuobjektene opplever å ikke være overbevist over verktøyets påvirkning og gjennomføringskraft. HelseHjelp er avhengig av ekstern samarbeidspartner som gjennomfører en kartleggingssamtale for å vurdere behandling eller øvrig hjelp. Utfordringene er tid, kommunikasjon, manglende kompetanse og uavklart rolle, men samarbeidspartneren oppleves også en sparringspartner. Flere frykter å miste arbeidsoppgavene sine og bli redusert til et call-senter.

Konklusjon: HelseHjelps store fordel som innovasjon i en regelstyrtbransje er dens manglende vilkår, som gjør at verktøyet skiller seg ut fra tradisjonell forsikring.

HelseHjelp kan bidra til færre utføre, og forbedre forsikringsbransjens imageproblem.

HelseHjelp er laget for en spesifikk bedrift, men kan imiteres og implementeres i andre organisasjoner også utover forsikringsbransjen. Utfordringene med implementeringen er at den avhenger veldig av saksbehandlere som er opptatt av risiko, kunder og omdømme, samt krever motivasjon og bekreftelse på at innovasjonen faktisk fungerer. HelseHjelp innebærer også et utstrakt samarbeid med en ekstern samarbeidspartner.

Abstract

Purpose: The purpose in this study is to investigate innovation in an industry strongly regulated by rules and laws, in this case the insurance industry, with the help of three research questions dealing with corporate social responsibility (CSR) as a motivational tool, the implementation of an innovation process and interaction with internal and external collaborators. The innovation is HelseHjelp, with a vision is to further aid people back into work after a sickness or an injury.

Method: The study has a qualitative approach inspired by grounded theory and the ethnographic approach, with a mix of induction and abduction. The study has been conducted at my own workplace by completing a strategic selection of 11 semi-structural interviews with caseworkers in the settlements department. An interview guide has been used, but the interview subjects have been encouraged to talk freely. The material has been transcribed and thematically analyzed with a cross-sectional categorical classification of data.

Results: The interviews have provided an insight to a regulated industry, where particularly the insurance conditions were perceived as inhibitory for innovation. There are no insurance conditions for HelseHjelp, and change the insurance companies' image in the society. This is perceived as a motivating factor by the caseworkers. There have been ups and downs regarding the implementation. The caseworkers enjoy independence in their everyday work, and are free to use HelseHjelp as they please. The caseworkers that works with the disability products feels they are given more meaningful work tasks and provides better service to customers, with opportunities to further development of HelseHjelp. The remaining products have not had the same follow-up and lack their own customization. Evidence and an evaluation are called for, and HelseHjelp has proven to be difficult to count and measure. Motivation is affected and several of the interview subjects are not convinced about HelseHjelp's impact and execution power. HelseHjelp is dependent on an external partner who conducts an interview to assess treatment or other assistance. The challenges are co-operation, time, lack of competence and an unclear role, but it is also a sparring partner. There is concern amongst the caseworkers to losing work tasks to the partner and being reduced to a call-center.

Conclusion: HelseHjelps major advantage in an industry heavily regulated by rules and laws is its lack of insurance conditions, which makes it stand out compared to traditional insurance. HelseHjelp can contribute to fewer disabilities and improve the insurance industry's reputation. HelseHjelp is designed for a specific company, but can be imitated and implemented in other organizations even beyond the insurance industry. The challenges with the innovation are that it is dependent on caseworkers who are concerned with risk, customers and reputation, and require motivation and confirmation that the innovation actually works.

Forord

Denne Masteroppgaven er siste del av et deltidsstudium jeg har drevet med på og av siden januar 2009. At det tok meg 11 år å fullføre ser jeg på kun som noe positivt – denne oppgaven ville ikke vært som den er om jeg hadde skrevet den for noen år siden. Studiet legger mye vekt på arbeidserfaring, og det har jeg fått ekstremt mye bruk for i både utforming, skriving og fullføring av oppgaven. En masteroppgave krever sitt – både tid – å, så mye tid -, selvdisiplin, frustrasjon og tålmodighet. Det har vært tider da jeg ikke trodde det skulle gå, særlig da jeg satt halvveis inn i over 25 timer med transkribering, men 8 måneder etter første forelesning er den ferdig.

Masteroppgaven hadde hverken sett dagens lys eller vært som den er i dag uten min arbeidsgivers sin støtte og anledning til å benytte den som utgangspunkt til oppgaven. Jeg jobber i et stort konsern hvor oppgavemulighetene er nært uendelige, men jeg fikk en gylden mulighet til å skrive om det jeg selv jobber med – som var ekstremt motiverende og interessant. Jeg setter også vanvittig stor pris på at mine medarbeidere ville ofre sin tid og energi ved å la seg intervju av meg. Deres intervjuer har i stor grad formet hele oppgaven og har ikke vært mulig uten dere. Tusen, tusen takk.

Jeg vil også takke min veileder ved NTNU, Gunhild Tøndel, for faglige tilbakemeldinger og skrivetips. Mine smått paniske e-poster sendt rundt midnatt ble alltid besvart med en beroligende tone dagen etter. Ordne sæ, sjø.

Til slutt må jeg også takke min samboer, mine venner og familie som har hørt på uendelig mange tanker, monologdiskusjoner og frustrasjoner – uten å be meg slutte en eneste gang, men besvart med oppmuntring, ros og tusen klapper på skuldra.

Det er litt rart å være ferdig, men det trigger også en fin mestringsfølelse. Erfaringen både fra hele studiet og masteroppgaven tar jeg med meg videre, og jeg ville absolutt ikke vært foruten.

Trondheim, 29. juni 2020
Marit Øien

Innhold

1. Innovasjon av den lille skriften	1
1.1 Problemformulering – utdypning og avgrensning	1
1.2 Forsikringshistorie:	3
1.2.1 Den økte relevansen av innovasjonsbehov	3
1.2.3 Oppgjørsmedarbeiderens rolle	4
2 Teori	4
2.1 Innovasjonsmodeller	4
2.2 En innovativ organisasjon	5
2.2.1 Hensynet til samfunnsansvar og økonomi.....	6
2.2.3 Kilder til innovasjon.....	6
2.3 Innovasjonstyper	7
2.3.1 Inkrementell og radikal innovasjon.....	7
2.3.2 Serviceinnovasjon	7
2.4 Innovasjonsprosess.....	8
2.4.1 Implementeringsprosessen.....	8
2.5 Ledelsen og innovasjon.....	8
2.5.1 Lederens oppgaver i en innovativ organisasjon	8
2.5.2 Målstyring og måling av innovasjon	9
2.6 Medarbeidernes rolle i innovasjon	9
2.7 Endring.....	10
2.7.1 Reaksjonsmønster ved endring	10
2.7.2 Endringskynisme.....	10
2.7.3 Endringsprosesser – motstand og lyspunkter	11
2.8 Interne og eksterne samarbeidspartnere.....	12
3. Metode	13
3.1 Kvalitativ metode.....	13
3.1.2 Induktiv og abduktiv framgangsmåte.....	14
3.2 Forskning på egen arbeidsplass	14
3.2.1 Sosiale bånd og opparbeidet tillit	14
3.2.2 Farer og fordeler – forutinntatt og engasjert.....	14
3.2.3 En spion i blant oss?.....	15
3.3 Rekruttering og utvalg.....	16
3.4 Intervjuforberedelse og gjennomføring	16
3.4.1 Utforming av intervjuguide.....	16
3.4.2 Gjennomføring av et kvalitativt intervju	17

3.4.3 Intervjuene	18
3.5 Analyse	18
3.5.1 Tverrsnittbasert og kategorisk inndeling av data	18
3.5.2 Tolkning, analyse og koding	19
3.5.3 Analysering av problemstilling	19
3.6 Reliabilitet og validitet	21
3.7 Generalisering	21
4. Empiri	22
4.1 En saksbehandlers saksbehandlingshverdag	22
4.2 HelseHjelp	24
4.2.1 Historien bak HelseHjelp	24
4.2.2 Piloten Annen Sykdom	25
4.2.3 Endringen i saksbehandlingen.....	25
4.2.4 HelseHjelp som verktøy	26
4.3 Samfunnsansvar og butikk.....	27
4.3.1 Samfunnsansvar som motivasjon	27
4.3.2 Kroner og øre	27
4.4 Endring og innovasjon	28
4.4.1 Endringserfaringen	28
4.4.2 Tanker om innovasjon	28
4.5 Imageproblem	29
4.6 Ledelsen	29
4.7 Andre samarbeidspartneres innflytelse	30
5. Diskusjon	30
5.1 Innovasjon som begrep	30
5.1.1 Innovasjon i forsikringsbransjen	31
5.1.2 HelseHjelp som innovasjon.....	32
5.1.3 Innovasjon i organisasjonen	32
5.2 HelseHjelp	33
5.2.1 HelseHjelp og samfunnsansvar	33
5.2.2 Den økonomiske og etiske siden av HelseHjelp	33
5.2.3 Endring av den lille skriften	34
5.2.4 HelseHjelp som innovasjonsprosess.....	35
5.3 Endring i saksbehandlingsprosessen	35
5.3.1 Tiden etter piloten.....	36
5.3.2 Selvstendige og selvbestemte saksbehandlere	37
5.3.3 Implementeringsutfordringer og muligheter i saksbehandlingen	37

5.3.4	Tvang som mulighet	39
5.3.5	Produktforskjeller	39
5.4	Ledelsens rolle.....	40
5.4.1	Tall og målbarhet	40
5.4.2	Evalueringsbehov	41
5.4.3	Toppledelsen	42
5.5	Ekstern samarbeidspartner	43
5.5.1	Falck	43
5.5.2	Sparringspartner og bremsekloss	43
5.5.3	Forbedringspotensiale.....	44
5.5.4	Kunden i fokus.....	45
5.5.5	In-house-løsning.....	45
5.6	Øvrige tredjeparter	46
5.6.1	Konkurrentene.....	46
5.6.2	Salgsavdelingen	47
5.7	Framtiden	47
6.	Konklusjon.....	48
7.	Litteratur	50
8.	Vedleggsoversikt	52

Figurer

Figur 1	Forenklet generell modell før HelseHjelp	24
Figur 2	Forenklet Annen Sykdom-modell før HelseHjelp	25
Figur 3	Forenklet generell modell etter HelseHjelp	26

1. Innovasjon av den lille skriften

Forsikringsbransjen lider av et imageproblem. Forsikring er en nødvendighet, og bransjen sliter med komplisert og gammeldags omdømme, hvor alt som er viktig er skrevet med liten skrift.

Forsikringstoppene i flere av de største forsikringsselskapene i Norge innrømmer at forsikring har vært litt bakpå i forhold til nyskapning, og noen av årsakene til manglende innovasjonskraft oppgis å være utdaterte it-systemer, lovverk og gammeldagse prosesser med manglende kundefokus (Moe, 2017a). Konservativ tankegang og manglende vilje til å tenke nytt er også kritikk rettet mot forsikringsselskapene (Moe, 2017b).

Mange av forsikringsbransjens oppgaver er strengt regulert, særlig om det berører liv og helse, og har sterke koblinger til NAV spesielt rundt den varme poteten uførhet. Foruten Helseforsikring, som er kostbart og som et fåtall bedrifter kjøper, er det aller meste av oppfølging lagt opp til offentlig behandling og vurdering, og avhengig av en offentlig instans de aller fleste har et forhold til – NAV. NAV er en av de største offentlige etatene i Norge, og forvalter en tredjedel av statsbudsjettet, gjennom flere sosiale ordninger, som for eksempel sykepengene, arbeidsavklaringspenger og uførhet (Aspøy&Berg, 2020).

For omtrent 12 måneder siden ble det i min avdeling utlyst en navnekonkurranse på et nytt verktøy i saksbehandlingen. Tilbudet skulle være gratis og gikk ut på at saksbehandleren kunne tilby kunder som var sykemeldte en ekstra oppfølging i forhold til NAV og eventuelle alternative behandlingsforslag med mål om å være behjelpelig med å få kunder på tilbake til jobb. Ved hjelp av sosionomer og et tverrfaglig team hos en ekstern samarbeidspartner skulle saksbehandleren få et nytt verktøy i saksbehandlingen, og kunden få en helt ny type oppfølging utover det som tilbys til vanlig. Navnet ble "HelseHjelp" - og er et verktøy som ikke er bundet av lovverk eller forsikringsvilkår og krever ingen IT-utvikling. Dette åpner opp for reell innovasjon og endring i forsikring. I tillegg berører HelseHjelp direkte en økende samfunnsutfordring med stadig flere uføre og et NAV under press.

Dette var innovasjon i et regelstyrt marked, uten at ordet "innovasjon" ble nevnt for saksbehandlerne. Verktøyet var klart – det skulle ut i markedet, som skrek etter noe nytt. Ingen andre selskap hadde introdusert noe lignende i samme skala i Norge. Salg tente på ideen som skilte seg ut fra konkurrentene, kundene likte verktøyet og de nye mulighetene, men selve utførelsen lå hos oppgjør og avdelingens både gamle og nye samarbeidspartnere. Hvis ikke verktøyet ble benyttet av de som det var produsert for hadde det ingen betydning hva andre synes om det. Oppgjørsavdelingen satt derfor med ansvaret for implementeringen, og var med det en av de mest avgjørende – om ikke det mest avgjørende - leddet i innovasjonsprosessens vei mot suksess.

1.1 Problemformulering – utdypning og avgrensning

Forsikringsoppgjør styres som nevnt i stor grad av lovverk og forsikringsvilkår, og er en risikovurdering basert på tall og begrensninger i nevnte vilkår. Som konsekvens oppleves

forsikring som noe tungrodd og regelstyrt. På bakgrunn av dette ble min problemstilling, med forsikringsbransjen som utgangspunkt:

Hvordan utføre innovasjon i en regelstyrt bransje?

Flere forsikringsprodukter tette bånd mot det offentlige, spesielt til NAV. Innovasjonen HelseHjelp har som visjon at forsikringsselskapet skal kunne hjelpe folk tilbake i jobb – og fungere som en avlastning til NAV. I forhold til Norge i dag, med økende sykemeldingstall og uføre, er det en naturlig kobling mellom det forsikringsselskapet gjør og det som foregår i samfunnet. En innovasjon som HelseHjelp kan kunne ha en påvirkning på nasjonalt plan, med utgangspunkt i forsikring. Å måle effekten på nasjonalt plan er ikke gjennomført, men at muligheten er der kan ha en motiverende faktor for saksbehandlerne som skal benytte HelseHjelp.

HelseHjelps suksess er avhengig av saksbehandlerne på forsikringsoppgjør, som er siste instans i forsikring. Det er avdelingen som avgjør og utbetaler erstatningsutbetalingen i en forsikrings sak. En oppgjørsmedarbeiders jobb er å vurdere kravet i forhold til avtaledokumenter, forsikringsvilkår og lovverk. Oppgaven kan være utfordrende i seg selv - både med potensielle feil i avtalen, utdaterte vilkår og rigide lovverk. Det kan også være krevende i forhold til kunden og forventninger til behandling, tidsaspekt og erstatning. Det er i forsikringsoppgjøret at den lille skriften kommer fram. Det er også i oppgjørsavdelingen implementeringsdelen av innovasjonsprosessen finner sted.

HelseHjelp slår direkte inn på oppgjørsavdelingens saksbehandling. Det er oppgjørsmedarbeiderne som må tilby og benytte verktøyet mot skadelidte og krever en ny type samhandling både med interne og eksterne samarbeidspartnere for at innovasjonen skal kunne bli en suksess. Dette krever endringsvilje.

På bakgrunn av dette har jeg tre forskningsspørsmål:

- Hvordan kan argument om samfunnsansvar motivere saksbehandlere til å ta i bruk innovasjon?
- Hvordan implementeres en innovasjon i en oppgjørsavdeling i forsikringsbransjen?
- Hvordan påvirker innovasjonen samarbeidet og rollene til nye og gamle samarbeidspartnere?

Jeg vil først gi en kort historisk oversikt over forsikring og spesifikt Personalforsikrings historie. Deretter vil jeg gå inn på teorien rundt både innovasjon og endring, og fokusere på implementeringsdelen av innovasjonsprosessen. Jeg har intervjuet 11 av 25 ansatte i den aktuelle avdelingen, hvor jeg satte ingen andre kriterier enn at de måtte ha kunnskap om HelseHjelp, men det var ikke obligatorisk at de benyttet HelseHjelp aktivt i saksbehandlingen. Jeg vil gjennom kvalitativ metode belyse innovasjon i en regelstyrt bransje. Ved bruk av tre forskningsspørsmål vil jeg se på påvirkning på samfunnet, utfordringer og suksesser i implementeringsdelen av innovasjonsprosessen i en oppgjørsenhet innenfor forsikringsbransjen, og hvordan det påvirker samarbeid og roller, og drøfte resultatene i lys av aktuelle og sentrale begrep. Det vil også bli benyttet relevant faglitteratur om innovasjon og endring.

1.2 Forsikringshistorie:

Beregning av risiko mot verdier går tilbake til lenge før Romertiden, gjennom middelalderen og til den moderne tid, hvor fokuset var på brann- og sjøforsikringer. Bybranner og sunkne skip medførte store tap og utgifter, og behovet for å dele risikoen vokste fram i form av brannkasser og forsikringer. Det var ikke før fra 1800-tallet at de første livs- og ulykkesforsikringene så dagens lys. Noe av årsaken til at livsforsikring ikke ble aktuelt tidligere er at utregningen av premien - altså den årlige innbetalingen til forsikringsselskapet - er mer kompleks å utregne enn vanlig risikovurdering. Både matematikk og statistikk er nødvendig for å ta en riktig vurdering og det var en utfordring som nesten tok et århundre å få orden på. Verdens første livsforsikringsselskap, The Equitable, stammer fra 1762 og er fortsatt i drift. Norge var først ut i Norden, og det som i dag kjennes som Gjensidige, ble grunnlagt i 1847 (Døving, 2019). I 2018 var det 12 registrerte livsforsikringsselskaper i Norge som hadde tillatelse til å drive virksomhet fra Finanstilsynet ("Livsforsikringsselskap" 2018). Livsforsikring er kort sagt en forsikring av framtidig økonomisk situasjon ved uførhet eller død, ofte i form av en engangsutbetaling ("Forsikring", 2020).

Lov om Yrkesskadeforsikring ble vedtatt i 1989 og gjeldende fra 1. januar 1990 (Yrkesskadeforsikring, 1989), og var et resultat av nesten hundre års utvikling av lovverk for å beskytte arbeidstakeren på arbeidsplassen mot ulykker og sykdom. Det opprinnelige lovverket som stammet fra 1894 beskyttet de ansatte ved skade, men lot arbeidsgiveren stå uten beskyttelse i forhold til ansvar ved ulykker og kunne derfor risikere direkte krav fra arbeidstakeren. De første stegene mot en forsikring kom i 1978/79, med en ytterligere utvikling i 1984 hvor forsikringsselskapet ble en tredjepart som står ansvarlig, ikke arbeidsgiveren. Unntaket er naturligvis dersom arbeidsgiveren har opptrådt uaktsomt eller straffbart. Da yrkesskadeforsikringen kom i 1989 ble den også obligatorisk og lovpålagt (Skårberg&Reusch 2013: 27-30).

Yrkesskade kan omtales som er selve stammen i forsikringsgrenen Personalforsikring, som igjen er en samleforsikring for invaliditet, alvorlig sykdom, uførhet eller død. Personalforsikring er en bedriftsforsikring som dekker de ansatte, og forsikringspremien er betalt av arbeidsgiver (Storebrand (uå) Personalforsikring (inkludert gruppeliv) - et attraktivt ansattgode). Personalforsikring har i senere tid utviklet seg til å tilby også ulike typer ulykkesforsikringer, uføredekninger og dødsfallforsikringer. Flere av deknningene krever en helsevurdering eller stiller andre krav om helsetilstand (Isaksen, 2018). Det er flere lover som berører saksbehandlingen av oppgjørene under deknningene, i tillegg til forsikringsvilkårene. Forsikringsvilkår er regler, lovhenvvisninger og en oversikt over hvem, hva og når forsikringen gjelder. Det inneholder også oversikt over deknningselementer og unntak i forsikringen.

I tillegg kommer Helseforsikring, som er et produkt som kan kjøpe behandling hos private sykehus og sørge for kjappere behandling uten å måtte stå i den offentlige helsekøen. Personalforsikring er en relativt ung retning i forsikringssammenheng, og det tok i bedriften jeg jobber i 9 år fra et forslag om at Helseforsikring ble fremmet til det ble en del av forsikringstilbudet.

1.2.1 Den økte relevansen av innovasjonsbehov

I årstalen for 2020 til sentralbanksjef Øystein Olsen blir den økte andelen uføre påpekt: "Det er også bekymringsfullt at andelen uføre øker, spesielt blant yngre" (Olsen, 2020).

Det er satt av 444 milliarder kroner til Folketrygden i 2020, hvor 191 milliarder kroner går til sykemeldingspenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd (Regjeringen, 2019, avsn. 1). I det første året med sykemelding dekkes lønnen fullt ut opp til 6 ganger Grunnbeløpet (G). Er inntekten over 6G er en avhengig av at arbeidsgiver har en forsikring som dekker tapet. Det samme gjelder om sykemeldingen passerer 1 år hvor en går over på arbeidsavklaringspenger, og utbetalingen fra NAV reduseres til 66 % av lønn, også der opp til 6G (NAV, 2020b). Personalforsikring har flere dekninger som kan slå inn: yrkesskade, fritidsskade, annen sykdom, sykeavklaring, sykeavbrudd og sykelønn. Av de nevnte dekningene er det en fellesnevner – og det er at de dekker tapt inntekt ved sykemelding, og noen av dekningene dekker også eventuell påfølgende uførhet.

HelseHjelps hovedformål er å være behjelpelig utover den oppfølgingen en får fra NAV til å komme helt eller delvis tilbake i jobb, og fungere som et supplement til det offentlige. Per dags dato er det ingen andre selskap i Norge som tilbyr noe tilsvarende i samme skala. Det koster å være først ute, og det krever en endring i måten sakene saksbehandles, tett kommunikasjon og samarbeid med en ekstern leverandør og støtte fra ledelsen. Implementeringen ligger på forsikringsoppgjør, i dette tilfellet Personskade.

1.2.3 Oppgjørsmedarbeiderens rolle

Personskade er oppgjørsavdelingen som tar oppgjørene for Personalforsikring i med konsern på over 10.000 ansatte. Avdelingen består av 25 ansatte i alderen 29 til 65 år. Utdanningsmessig strekker det seg fra økonomer og jurister, til kommunikasjonsutdannede og sykepleiere. Den tverrfaglige bakgrunnen er en fordel innen oppgjør av Personalforsikring, da både tall, lovverk og medisin kan være vanskelig for folk flest å forstå - og må kommuniseres på en god måte. Det er mye telefonkontakt med kunden – eller skadelidt som den også omtales som – og informasjon om situasjonen innhentes fra NAV og aktuelle medisinske behandlere.

2 Teori

Denne oppgaven handler om HelseHjelp, og er som verktøy i sin versjon elementært nytt, både i markedet og i organisasjonen, og er en innovasjon. Innovasjon i seg selv kan bety fornyelse, begrenset endring, en kombinasjon av kontinuitet og diskontinuitet (Aasen&Amundsen, 2013, s. 38), og det er ikke uvanlig at innovasjon blir forvekslet eller blandet med oppfinnelse (Tidd&Bessant, 2017, s. 18). Innovasjon behøver ikke være en fullstendig game changer, men det kan være "det vi allerede gjør, men bedre", eller "gjør annerledes", (Tidd&Bessant, 2017, s. 72) og representerer noe nytt og kan sees fra minst to perspektiv – noe helt elementært nytt eller noe nytt for organisasjonen (Oddane, 2017, s. 68-69), eller også for i dette tilfellet - forsikringsbransjen.

2.1 Innovasjonsmodeller

Historisk sett blir innovasjonsmodellene satt sammen med de industrielle revolusjonene (Aasen&Amundsen, 2013, s. 29-30), som gir 5 generasjoner med innovasjonsmodeller (Tidd&Bessant, 2017, s. 77).

De to første modellene var enkle og lineære (Tidd&Bessant, 2017, s. 77). I den første modellen var etterspørselen var større enn produksjonen, og ble det som omtales

som technology push . Den andre modellen kom ved økt produktivitet og økt etterspørsel, hvor kundens behov og etterspørsel ble prioritert - også kjent som marked pull. Den tredje modellen kom som følge av en kombinasjon av høy inflasjon og stagnasjon i etterspørselen. Det ble viktigere å se hva som lå bak en suksessfull innovasjon, og redusere antall feilsatsninger. Innovasjonsmodellene ble mer fram- og tilbakekopplingsløyer - for å se hvordan prosessene påvirket hverandre, og fokuset ble på strategiske allianser, effektivitet og kvalitet i produksjonen. Fjerde generasjons innovasjonsmodeller omtales som parallelle modeller, med tydelige krav til endring av hvordan mennesker jobber sammen (Aasen&Amundsen, 2013, s. 32-35).

Ideen om at innovasjon er så mye mer enn teknologi, at det også finnes i produksjons- og arbeidsprosesser, forretningsmodeller og ledelse, har på alvor fått fotfeste. En fungerende innovasjonsprosess i dag krever åpenhet, tverrfaglighet, samarbeid og globalt fokus med mennesket og dets relasjoner i fokus (Aasen&Amundsen, 2013, s. 34-35). Kontinuerlig forbedring, fleksibilitet og nettverksbygging er andre nøkkelbegrep (Tidd&Bessant, 2017, s. 77).

Et annet fellestrekk for nyere innovasjonsteorier er den grunnleggende antakelsen om at innovasjon er en kilde til konkurransemessige fortrinn – hvilket gjør kunnskap til den viktigste ressursen. Dersom mennesker med mye kunnskap får muligheten til å jobbe på tvers av organisatoriske grenser vil det legge et bedre grunnlag for suksessfull innovasjon (Aasen&Amundsen, 2013, s. 18). HelseHjelp som innovasjon er avhengig av kunnskapen til en tredjepart, som igjen krever godt samarbeid mellom saksbehandlerne over organisasjonsgrensene.

2.2 En innovativ organisasjon

I forhold til ny forretningsmodell kan innovasjon være definert som "en ikke-rutinebasert, vesentlig og diskontinuerlig organisatorisk endring som omfatter en ny ide som ikke er konsistent med de eksisterende konsepter for organisasjonens forretningsvirksomhet". I et slikt tilfelle blir det forventet av organisasjonen og dens medarbeidere å måtte endre seg på grunn av en innovasjon som er merkbart annerledes enn eksisterende forretningskonsept (Aasen&Amundsen, 2013, s. 43).

En suksessfull innovasjonsprosess avhenger av to hovedingredienser: tekniske ressurser - folk, utstyr, kunnskap, penger - og organisasjonens kapasitet til å benytte seg av dem. Mennesker benytter seg ofte om rutiner, og i forhold til på arbeidsplassen er det ofte "slik vi gjør det her". Dette former organisasjonens kultur, og er som følge av gjentakende oppførsel, eksperimenter og erfaring (Tidd&Bessant, 2017, s. 79). I forhold til HelseHjelp er en av fordelene at det ikke var behov for teknologisk utvikling for å komme i gang. Som prosess krever den hovedsakelig folks kunnskap og samarbeid, og endringsvillighet.

En innovativ organisasjon bør dele visjoner, leder og innovasjonsvilje. At toppledelsen er involvert og engasjert er avgjørende. Det bør være nøkkelpersoner og effektive team, som krysser avdelinger eller går ut av organisasjonen for å finne løsninger. Innovasjon bør være akseptert i hele organisasjonen, og det må tilrettelegges for et kreativt klima – hvor det er en positiv tilnærming til kreative ideer. I tillegg må det være kundefokus, både internt og eksternt (Tidd&Bessant, 2017, s. 108), som HelseHjelp i stor grad har.

Det er et saksbehandlerværktøy som er skapt for kunden, og som krever sitt av organisasjonen som leverer det.

Hensikten med innovasjonsarbeid er å oppnå varige strategiske og konkurransemessige fordeler for organisasjonen. For at en organisasjon skal overleve i en dynamisk konkurransesituasjon kreves det en evne og vilje til endring og utvikling hos medarbeiderne, og strategier og forretningsmodeller må kunne endres fortløpende (Aasen&Amundsen, 2013, s. 213.)

2.2.1 Hensynet til samfunnsansvar og økonomi

“Innovasjon er en kollektiv åpen aktivitet som har til hensikt å skape og implementere nye, anvendelige produkter/prosesser som skaper verdier av økonomisk og/eller annen art” (Oddane, 2017, s. 78).

Historien viser at innovasjonsprosessene har endret seg sammen med forandringer i samfunnet og endringer i rammebetingelsene. Konkurransetiltaket har endret seg, det samme med hvilke og antallet land som er involvert, verdensøkonomien, arbeidskraft og nivået som kreves, samt ny kunnskap og teknologier påvirker i stor grad prosessene og gjennomføringen (Aasen&Amundsen, 2013, s. 52).

Sett i sammenheng med organisasjoner og bedrifter er fokuset ofte kommersielt og økonomisk. Innovasjon trenger imidlertid ikke bli fastlåst i kun den sammenheng, men kan også forstås som en prosess der muligheter blir til ideer, som igjen blir til praksis, uten at det nødvendigvis bidrar på et økonomisk plan. Innovasjon kan være behjelpelig i en visjon eller et ideal, og benyttes i sosiale framskritt for forbedring (Aasen&Amundsen, 2013, s. 40). Dersom en sammenligner dette med HelseHjelp er ikke målet først og fremst å tjene mer penger, men kanskje nærmere en visjon eller ideal. HelseHjelps ideologi er å hjelpe mennesker i vanskelige og sårbare situasjoner, i håp om å redusere antall uføre, og det er en ideologi det er enkelt for både saksbehandlere, kunder og ledelse og stille seg bak.

Det å satse på innovasjon innebærer risiko. Ikke alle prosesser for innovasjon munner ut i verdiskapning (Aasen&Amundsen, 2013, s. 41), men forskning tilsier at det er en sterk kobling mellom markedsleveranse og nye produkter. Nye produkter kan være behjelpelige med å ta nye markedsandeler og øke profitten. I forhold til forbedring av eksisterende produkter kan endring av design, skreddersøm og kvalitet være det som skiller seg ut (Tidd&Bessant, 2017, s. 9). Selv om HelseHjelp er kostnadsfritt for kunden, er det uenkelig penger for forsikringsselskapet, og inntekt kan skje indirekte gjennom HelseHjelp som en salgfordel som gir økt kundemasse og inntjening.

2.2.3 Kilder til innovasjon

Det å kunne levere noe markedet vil ha er avgjørende for å lykkes med innovasjon. I en innovasjonsprosess har alle hver sin rolle (Aasen&Amundsen, 2013, s. 59-60), og i HelseHjelp alle må levere for å oppnå suksess – fra salg til oppgjørsavdelingen.

Rekombinasjon innebærer at innovasjon er ikke alltid fullstendig nytt for verden, men også å finne nye kombinasjoner. Imitasjon blir ofte påpekt som en av de aller viktigste kildene til innovasjon. Det er i innovasjonssammenheng ikke ulovlig kopiering, men

imitasjon er å lære fra andre, skape egne løsninger (Aasen&Amundsen, 2013, s. 64-65). HelseHjelp er for eksempel sterkt påvirket og farget av andre lignende løsninger i naboland – men har funnet sin egen vei og blitt skapt som noe eget.

2.3 Innovasjonstyper

I forhold til nyhetsgrad er de to vanligste begrepene inkrementell innovasjon og radikal innovasjon, og det er disse to som vil bli aktuelle i denne oppgaven (Aasen&Amundsen, 2013, s. 49).

2.3.1 Inkrementell og radikal innovasjon

Inkrementell innovasjon innebærer en liten forandring i eksisterende produkter (Aasen&Amundsen, 2013, s. 46). Tidshorizonten er kort, forekomsten hyppig, prosessens natur er kontinuerlig, og formålet er å endre noe eksisterende til det bedre. Endringsgraden er liten, konsekvenser for kompetanse og marked er små, og risiko og forutsigbarhet er liten. Sjansene for suksess er høye, inntjeningen, kostnadene og teknisk nyhetsgrad er vurdert som lav (Oddane, 2017, s. 246). Sagt på en annen måte er inkrementell innovasjon "det vi allerede gjør, men bedre" (Tidd&Bessant, 2017, s. 30). Selv om verktøyet HelseHjelp er et nytt begrep, har flere av elementene til en viss grad eksistert i saksbehandlingen fra før, men er nå samlet, bedre spisset og blandet med nye elementer inn under et nytt navn.

Radikal innovasjon er gjerne omtalt som den mest krevende formen for innovasjon ved at kunnskap benyttes på en annen måte enn før (Aasen&Amundsen, 2013, s. 47). Tidshorizonten er lang, forekomsten sjelden, prosessens natur er diskontinuerlig og formålet er å utvikle noe nytt. Endringsgraden, konsekvensen for kompetanse, marked, risiko og forutsigbarhet med tanke på resultat er store. Suksessraten er lav, men inntjeningen og kostnadene kan være høye. Den teknologiske nyhetsgraden er vurdert som stor (Oddane, 2017, 246). Radikal innovasjon er i konstant søken etter ny kunnskap og ideer knuttet til teknologi og marked. Det kan bli nødvendig bringe inn nye egenskaper i form av å ansette eller leie inn kompetanse, og legger mye vekt på å skape nye koplinger og relasjoner for å oppnå best utgangspunkt (Aasen&Amundsen, 2013, s. 50). Eksempelvis er HelseHjelp helt avhengig av et godt samarbeid med tredjeparten Falck for å fungere optimalt.

Både inkrementell og radikal innovasjon vil i utgangspunktet gi kunden opplevelsen av å bli tilbudt et produkt med bedre funksjonalitet enn tidligere. (Aasen&Amundsen, 2013, s. 50). Radikal kan gi stor suksess, eller tap. Inkrementell er kontinuerlig forbedring, men risikerer å bli forbigått. Er målet å forbli i et marked, og holde seg på linje med – helst litt foran – konkurrentene og «spille for å ikke tape», gjøres dette gjennom inkrementell innovasjon. Sammenlignes det med en organisasjon som "spiller for å vinne" - som benytter radikal innovasjon - vil de være sjanseløse, men risikoen lavere (Aasen&Amundsen, 2013, s. 224-225). I forhold til HelseHjelp er det litt ja takk begge deler – som jeg vil komme nærmere tilbake til i empirien og diskusjonen. HelseHjelp oppfattes både som en forbedring av eksisterende rutiner, men radikal i form av først på banen i den norske forsikringsbransjen, og ved å benytte seg av andre, utenforstående organisasjoners erfaring og kompetanse.

2.3.2 Serviceinnovasjon

Serviceinnovasjon er i tilfeller hvor et enkelt produkt kan utvikles og skreddersys for å omfatte større områder, uten at det innebærer store kostnader, som med et

forsikringsprodukt (Tidd&Bessant, 2017, s. 31). Det er flere typiske utfordringer i en serviceinnovasjon, som manglende innovasjonskultur, innovasjonsstrategi og innovasjonsprosesser, hvor innovasjon kan bli sett på som en tilleggsoppgave som stjeler tid og fokus bort fra eksisterende arbeidsoppgaver. Det er imidlertid store innovasjonsmuligheter innenfor serviceinnovasjon, og manglende innovasjon kan føre til at en havner bak konkurrentene, men serviceinnovasjon er enklere enn annet å imitere, og konkurransefordeler kan kjapt bli tatt igjen eller passert (Tidd&Bessant, 2017, s. 61-63). HelseHjelp som serviceinnovasjon har både fordelene og utfordringene nevnt ovenfor, og det vil bli sett nærmere på i diskusjonsdelen.

2.4 Innovasjonsprosess

Innovasjonsprosessen kan kort sagt ha fire faser: søk, valg, implementere, profitt (Tidd&Bessant, 2017, s. 22). Utover selve ideen er det å få aksept for ideen og deretter være i stand til å implementere den i organisasjonen (Oddane, 2017, s. 74) som ofte er den største utfordringen: selve gjennomføringen for å få dem til å fungere både teknisk og kommersielt. (Tidd&Bessant, 2017, s. 18). Det er i hovedsak implementeringsprosessen som vil bli berørt i oppgaven.

2.4.1 Implementeringsprosessen

Implementeringen er det å omskape ideene til en vedvarende virkelighet, som er svært krevende for ressursbruk, i forhold til tid, energi, penger og det å klare å mobilisere kunnskap og ansatte. Innovasjonens suksess avhenger av utføringen (Tidd&Bessant, 2017, s. 22). En innovasjonsprosess uten fokus på implementering kan fort bli mislykket, og innovasjon oppfattes ikke alltid som et gode av alle involverte (Oddane, 2017, s. 75-77). Dette er også i erfaringen i empirien og diskusjonen, som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven.

Implementeringsprosessen er i utgangspunktet en suksess når det nye er integrert med det som var det etablerte og allerede kjente, og blitt rutinen. Målet er evolusjon og integrering. Når implementeringen er gjennomført, skal også innovasjonen ofte kunne måles i form av suksess eller fiasko. Målekriteriene kan ofte være vanskelige og oppfattes som upassende, hvor fokuset gjerne er på økonomiske fortjenester. (Clegg, Kornberger&Pitsis, 2016, s. 364). Den virkelige testen av innovasjonen vil være om den fører til varig vekst gjennom kontinuerlig forbedring og tilpasning, og gjøre det på nytt (Tidd&Bessant, 2017, s. 85).

2.5 Ledelsen og innovasjon

Ledelsen spiller ofte en avgjørende rolle i innovasjonsarbeid, både som pådriver, innen motivasjon og ved å ta avgjørelser.

2.5.1 Lederens oppgaver i en innovativ organisasjon

En dyktig leder kan sørge for suksess ved målrettet kulturbygging og klare visjoner, egnet organisering og kunnskap og oppfølging av gode måleparameter. For å kunne forstå og løse vanskelige problemer er det avgjørende at mennesker samarbeider, noe som krever felles mål og felles ideer om framgangsmåte, og samarbeidet vil berøre og overstige mange typer grenser - både faglige, organisatoriske, geografiske og politiske. Ledelse av innovasjon krever en endring i tankegang og handlemåte, og at

medarbeiderne forstår og følger dette (Aasen&Amundsen, 2013, s. 197-198). Det er viktig å legge opp til innovasjon på arbeidsplassen, ikke bare si at det gjøres (Aasen&Amundsen, 2013, s. 203). Det kommer fram i intervjuene at lederne også bør tåle kritikk i forhold til innovasjon, for å sørge for best mulig gjennomføring og få med seg flest mulig folk.

2.5.2 Målstyring og måling av innovasjon

Målstyring i arbeidslivet går ofte ut på at medarbeidere i samarbeid med ledelsen skal sette seg konkrete mål som skal oppnås, og har blitt svært vanlig og benyttet for å ha bedre oversikt og konkrete tall, som har blitt mulig gjennom IT-utvikling som enklere kan telle og overvåke. Et resultat av målstyring kan være økt press, styring og kontroll fra ledelsen, hvor det er mye måling, registrering og evaluering. Fokuset på kunden kan risikere å havne i andre rekke, og en kan presses til å jukse med tallene (Røyrvik, 2017, s. 27-37). I tilfellet med HelseHjelp er nettopp måling et tema - både i forhold til hva som skal måles, og hva målet skal være - om det overhodet er målbart.

Måling av innovasjonsarbeid kan være viktig for leders legitimering av innovasjonsinitiativ overfor virksomhetens eiere. Det må være tillit til de som bidrar i arbeidet om å kunne skape noe verdifullt, og jobbe uten detaljerte eller strenge føringer eller målinger (Aasen&Amundsen, 2013, s. 212). I oppgjørsavdelingen som driver med HelseHjelp er det for eksempel stor selvstendig frihet i forhold til saksbehandlingen, noe de ansatte verdsetter. Å redusere eller fjerne selvstendigheten kan ha stor påvirkning.

Det kan også være vanskelig å finne gode, målbare sammenhenger mellom innovasjon, forretningsprestasjon og verdiskapning. Imidlertid, på grunn av viktigheten av at innovasjon bør være en integrert del av organisasjonens strategi, kan innovasjon knyttes til framtidig evne til verdiskapning, og dagens verdiskapning kan igjen måles ved produktivitet (Aasen&Amundsen, 2013, s. 214). Denne utfordringen har oppstått også ved HelseHjelp, hvor det er vanskelig å måle effekten av verktøyet, både på individ-, organisasjon- og samfunnsnivå.

De fleste organisasjoner er i stand til å få til gode endringsprosesser som bidrar til effektiv drift, men det krever kompetanse, tid og tålmodighet. Ved mye mistillit til ledelse vil det mislykkes (Schiefløe, 2016, s. 41). HelseHjelp er et verktøy i et stort konsern, men ideen og driven kom fra en mellomleder.

2.6 Medarbeidernes rolle i innovasjon

I Skandinavia er medarbeiderinvolvering vanlig (Aasen&Amundsen, 2013, s. 97) og nøkkelpersoner - også kalt endringsagenter - er ofte oppfinneren eller teamlederen, fordi de forstår bakgrunnen og innholdet (Tidd&Bessant, 2017, s. 120). Endringsagenter skal tilrettelegge for videre innovasjon og motivasjon ved å vise til suksesshistorier og gode erfaringer (Tidd&Bessant, 2017, s. 108). Det er viktig at endringsagenten er troverdig, tillitsskapende, oppriktig og innehar ekspertise. Motstand oppstår ofte fordi ledelsen eller endringsagentene ikke har gjort en tilstrekkelig jobb i forhold til å forberede på endring (Aasen&Amundsen, 2013, s. 97), og som i HelseHjelps tilfelle - med få suksesshistorier og mangel på utveksling av erfaringer.

Innovasjonsarbeid krever innsats og engasjement, og prosessen kan oppleves som uvant spesielt om det krever en endring i sin egen situasjon (Aasen&Amundsen, 2013, s. 20). Det å gi frihet og selvstendighet over sine egne arbeidsoppgaver og mål, samt ressurser kan også fremme kreativitet og innovasjon. For tett kontroll er imidlertid hemmende på samme måte (Aasen&Amundsen, 2013, s. 172). En utfordring for medarbeidere i en innovasjonsprosess er at ny rutiner må læres, og læring er vanskelig og tar tid. Kanskje oppleves det også som tilleggsoppgaver (Tidd&Bessant, 2017, s. 81).

2.7 Endring

Det kan påstås at mennesker har et behov for endring i positiv forstand – i forhold til personlig vekst, kunnskap og kompetanse. Dette gir et dilemma med tanke på endring – med trygghet på den ene siden og vekst på den andre (Amundsen&Kongsvik, 2016, s. 90). Det er imidlertid viktig å huske at all motstand ikke nødvendigvis er negativt (Meyer&Stensaker, 2018, s. 73), noe kan også være ment som konstruktiv kritikk.

2.7.1 Reaksjonsmønster ved endring

Menneskers reaksjoner til endring kan kategoriseres i flere dimensjoner: konstruktiv – destruktiv, positiv – negativ, aktiv – passiv. En saksbehandler som stiller seg positiv til endringen er aktive og tar ansvar. Endringsforslag blir ofte møtt med skepsis eller mostand, hvor saksbehandleren ytrer sin mening og vil påvirke situasjonen, eller forlate organisasjonen (Schiefløe, 2016, s. 43). Den konstruktive reaksjonen ser ingen faktiske farer ved endringen, og vil samarbeide i gjennomføringen (Aasen&Amundsen, 2013, s. 172).

En saksbehandler som ikke tar aktivt eller selvstendig ansvar i prosessen, men som heller ikke aktivt motsetter seg, er passive og lojale (Schiefløe, 2016, s. 43). De kan reagere lojalt fordi de er det som omtales som endringsvillige, eller de opptre lojalt fordi det er minst motstands vei (Meyer&Stensaker, 2018, s. 74). Lojale ansatte kan tolkes forskjellig fra ledere og saksbehandlere. Ledelsen kan oppfatte lojalitet som positivt, samtidig som de gjør det som forventes av seg, og ikke noe mer (Meyer&Stensaker, 2018, s. 82).

Den destruktive reaksjonen oppfatter endringen som en trussel, og er lite interessert i et samarbeid (Aasen&Amundsen, 2013, s. 172). Reaksjonen kan også måles i passiv og aktiv – i forhold til at en har tro på påvirkningskraft i endringen (Aasen&Amundsen, 2013, s. 29). I forhold til intervjuene mine er alle disse kombinasjonene – med unntak av å forlate organisasjonen – med i diskusjonen.

2.7.2 Endringskynisme

Endringskynisme kan sees på som en "negativ holdning som kan være generell eller spesifikk, og som kan karakteriseres ved frustrasjon, håpløshet, desillusjon og mistillit til andres motiver" (Amundsen&Kongsvik, 2016, s. 30-31). Spesielt tre punkter som anses som viktige i forhold til endringskynisme er valgt ut (Amundsen&Kongsvik, 2016, s. 31):

- Endring for endringens skyld – Hvor "det nye" har ingenting å bidra med. Endringen er brysomt og ikke i stand til å endre noe praktisk (Amundsen&Kongsvik, 2016, s. 47).
- Manglende synliggjøring av resultater – hvor det ikke er oppfattet effekter eller gevinster, og vanskeligheter med å "ta ut effekten" og "synliggjøre" den. Finnes det en gevinst? (Amundsen&Kongsvik, 2016, s. 62-63).

- Selvtillfreds bakgrunn – har lyktes tidligere, ser ikke behov for noe nytt. Endringer generelt er sett på som unødvendige, og vil endre det som allerede fungerer (Amundsen&Kongsvik, 2016, s. 98-99).

Vanskeligheten med å vise og synliggjøre effekter og gevinster er nevnt tidligere, men her konkret med endringskynisme, som også vil bli berørt i diskusjonen. Det er gjerne en kombinasjon av de tre punktene, som for noen er helt avgjørende i forhold til egen motivasjon.

2.7.3 Endringsprosesser – motstand og lyspunkter

Skepsis og motstand mot endringsprosesser blant saksbehandlerne er ikke uvanlig, og de ulike forholdene i endringsprosesser kan oppsummeres under fem punkter: Usikkerhet, personlige tap, uoversiktlige konsekvenser, sviktende tiltro og dårlige erfaringer (Schiefløe, 2016, s. 42).

Usikkerheten kan forklares i manglende kompetanse, endrede forhold mellom saksbehandlerne og frykt for personlige tap – spesielt i forhold til kompetanse og hvordan maktfordelingen kan påvirkes. Sviktende tiltro kan komme av at en føler ingen tiltro til organisasjonen evne til endring, eller manglende tillit til passende kapasitet eller kompetanse hos ledelsen (Schiefløe, 2016, s. 42). Ansatte kan føle at den kompetansen de har ikke lenger har verdi eller er satt pris på (Meyer&Stensaker, 2018, s. 77). I tillegg kommer tidligere erfaring med endringsprosesser, hvor for eksempel knapphet på tid og ressurser er vanlige, agendaer uklare og at endringsprosessen blir gjennomført forskjellig i avdelingene eller enhetene (Schiefløe, 2016, s. 42), eller at det har blitt kjent på urettferdighet, ulik politikk og at endringene blir tredd nedover hodene til folk (Meyer&Stensaker, 2018, s. 77). I en kunnskapsorganisasjon som intervjuobjektene jobber i, har deres kompetanse alltid vært avgjørende. En utfordring mot dette i form av en tredjepart utenfor organisasjonen kan få påvirkning.

Et typisk feilgrep i endringsprosesser er å undervurdere kompleksiteten og arbeidsmengden, og at lederne ikke engasjerer seg nok personlig og følger opp underveis og fører til fravær av ledelse. Andre feilgrep er at endringsprosessene er ikke akseptert av saksbehandlerne, og at det i stor grad undervurderes hvor vanskelig det er å få folk ut av komfortsonen. Dersom det ikke finnes en innflytelsesrik koalisjon som støtter endringen blir det problematisk, det samme om felles visjon og dens omfang og betydning blir undervurdert og underkommunisert, samtidig som hindringer mot visjonen ikke blir tilstrekkelig fjernet. Det er avgjørende at tidlige gevinster blir høstet, og at det ikke for tidlig blir erklært at prosessen er i mål. Dersom endringen ikke blir forankret i organisasjonens kultur sammen med en felles forståelse for dens nødvendighet er dette et feilgrep (Schiefløe, 2016, s. 46-47).

Det at saksbehandlerne har en lik oppfatning av utfordringene og mulighetene organisasjonen har, og hva som må gjøres, er avgjørende for suksess (Schiefløe, 2016, s. 48). Det å skape et slags hastverk og behov for endring kan gi muligheten til å se behovet for å endre umiddelbart (Kotter, 2006, s. 130). Visjoner, mål og beslutninger som ligger som bakgrunn for endringsprosessen må være akseptert av de som blir truffet av det, gjennom tillit, medvirkning og videreutvikling av saksbehandleren (Schiefløe, 2016, s. 50). Det må komme klart fram nøyaktig hva som vil være endringen fra fortiden til fremtiden, og hvordan det kan bli virkeligheten (Kotter, 2006, s. 130). De samme må ha en forpliktelse til ansvaret eller rollen de får tildelt i endringene, for at

gjennomføringen skal bli best mulig (Schiefløe, 2016, s. 50), og eventuelle hindringer for å gi saksbehandlere muligheten til å bidra må fjernes (Kotter, 2006, s. 131).

Arbeidsmengde, endringskapasitet og endringskompetanse er lett å undervurdere, og planlegging, organisering og gjennomføring må derfor være i høysetet (Schiefløe, 2016, s. 51). Dersom endringsprosessen ikke umiddelbart er en suksess eller uforutsette problemer er i veien, er det viktig å ikke gi opp, men heller få ny giv (Kotter, 2006, s. 131). Til slutt er det avgjørende, som nevnt tidligere, at endringen forblir varig og at en ikke bare faller tilbake til gamle rutiner, arbeidsmetoder (Schiefløe, 2016, s. 52) og tradisjoner (Kotter, 2006, s. 131). En må unngå at HelseHjelp blir en midlertidig løsning, og holde opp tempoet og fokuset.

2.8 Interne og eksterne samarbeidspartnere

Kunnskap er tett koblet mot innovasjon, og har fordelen i at den kan spres uten å miste verdi. En innovasjonsprosess i dag er ikke lenger isolert i en bedrift, men kommer av kunnskap som vokser fram som resultat av samhandling både innenfor og utenfor organisasjonens fysiske grenser (Aasen&Amundsen, 2013, s. 53). Ved bruk av en tredjepart i HelseHjelp benyttes eksisterende kunnskap, og en unngår å måtte starte opp innad egen organisasjon, og de risikoene det innebærer.

For at en organisasjon skal kunne være i stand til å konkurrere vedvarende i et marked er de eksterne relasjonene til kunder og leverandører viktige, men dette kommer i tillegg til innovasjonsevne, kompetanseutvikling og håndtering av interne relasjoner. Det å kunne samarbeide effektivt er et krav for å kunne lykkes med komplekse organisasjonsaktiviteter. Årsaken er at det er antatt at dette vil føre til mer innovasjon, økt kundetilfredshet og bedre drift. I form av å samarbeide på tvers av grenser er dette fordi mennesker med ulik bakgrunn og utgangspunkt vil i større grad kunne føre til ideutvikling og nye tanker, ettersom eksisterende forståelse blir sett på nye måter (Aasen&Amundsen, 2013, s. 139-141).

En kan i utgangspunktet dele samarbeidsgrensene i 3 – organisatoriske, geografiske og faglige. De organisatoriske er fagområder, disipler og markedssegmenter. Utfordringer under denne samarbeidsgrensen er "ikke oppfunnet her", lukket kultur, statusforskjeller, selvtillit og engstelse. Det kan være en motvilje til å søke hjelp eller inspirasjon utenfor sitt eget felt. Det er vanlig at mål med samarbeid er økonomisk, at det skal bli en vinn-vinn situasjon. Dersom samarbeidet faller gjennom kan mye penger og tid ha blitt brukt på noe som ikke fungerer og blir uten resultater å vise til (Aasen&Amundsen, 2013, s. 142-146). Det økonomiske og risikovurdering er noe intervjuobjektene har et aktivt forhold til, som jeg kommer nærmere inn på i diskusjonen.

De geografiske samarbeidsgrensene kan både være på tvers av organisasjoner og enheter, og kan omtales som distribuert samhandling. De fysiske avstandene er utfordrende, og kan løses med teknologi, men det krever uansett god kommunikasjon, felles forståelse og tillit. Målet er fordeling av kunnskap, men det er også en risiko at fagspesialistene kommer i konflikt med hverandre (Aasen&Amundsen, 2013, s. 148-149). En innovasjonsprosess er ofte avhengig av relevant kompetanse utover det selskapet selv sitter med (Oddane, 2017, s. 239), og på grunn av samarbeidspartnere nødvendige kompetanse, sosiale prosesser og autoritet – kan dette lett føre til en følelse av "dem" og "oss" og fokuset på innovasjonens strategiske intensjon forsvinner

(Aasen&Amundsen, 2013, s. 199). Det er også viktig å ikke glemme verdien av generell bransjekompetanse (Oddane, 2017, s. 239). Eksempelvis vil fokuset til ansatte i forsikringsbransjen er naturlig nok forsikring, og det kan være utfordrende å forholde seg til en tredjepart med lite eller ingen kunnskap om bransjen, uansett om det er relevant eller ikke. De kan også oppfattes som en trussel på grunn av kompetanse selskapet selv ikke sitter med.

3. Metode

For å kunne belyse en problemstilling er det nødvendig å benytte en forskningsmetode. Metode går ut på å samle inn, analysere, tolke data – og er en viktig del av empirisk forskning. I samfunnsvitenskapelig metode vil det innebære å presentere informasjon som relateres til den sosiale virkeligheten, hvordan den skal analyseres og hva som fortelles om samfunnsmessige forhold og prosesser. Det å være systematisk, grundig og åpen er viktig i metodesammenheng (Johannesen, Tufte&Christoffersen, 2019, s. 25).

I min oppgave skal jeg se på innovasjon i en regelstyrt bransje, hvor saksbehandlerne i stor grad sitter med svarene på både problemstillingen min og forskningsspørsmålene mine. Det å ha gjennomført lange, detaljerte intervju med saksbehandlerne og lederne deres, har etter min vurdering gitt et godt utgangspunkt til å analysere og tolke data jeg har innhentet.

Som følge av forskningsspørsmålene skal jeg spesifikt se på samfunnsansvaret saksbehandlerne føler på, og motivasjonen dette gir, som et ledd i innovasjonsprosessen som omtales som "implementeringen", og konsekvenser det har for roller og internt og eksternt samarbeid. Innovasjonen i denne oppgaven er HelseHjelp, som direkte kan påvirke samfunnet. Implementering innebærer den delen av prosessen som involverer saksbehandlerne og deres engasjement og bruk av HelseHjelp, og den er avgjørende for innovasjonens suksess. Det siste gjelder også for det siste forskningsspørsmålet - i forhold til samarbeid med nye og gamle partnere.

3.1 Kvalitativ metode

I den samfunnsvitenskapelige metodelæren er det et skille – mellom kvantitative og kvalitative metoder (Johannesen et al., 2019, s. 27). I denne oppgaven vil kvalitativ metode benyttes. Årsaken til valget er at kvalitativ metode er mindre opptatt av årsakssammenhenger, og mer av å få innsikt i eller beskrive hvordan mennesker oppfatter verden og relasjonene som betyr noe for dem. Intervjuobjektene mer tett mot forskeren, med en mer åpen interaksjon de imellom. (Johannesen et al., 2019, s. 93). I forhold til min problemstilling er det ikke tall jeg vil fram til, men hvordan mine intervjuobjekter oppfatter og opplever innovasjonen og dens påvirkninger. Gjennom å intervju 11 saksbehandlere ønsket jeg å få et bilde av hvordan de benyttet HelseHjelp, konsekvenser og utfordringer. Kvalitativ forskning preges av innlevelse og kreativitet og drives av empiri og teori. Kvalitativ forskning krever også struktur og systematikk, og avgrensinger skjer i form av miljø, fenomen, informanter, teorier og perspektiver (Tjora, 2018, s. 24). I forhold til HelseHjelp valgte jeg strategisk å begrense utvalget av intervjuobjektene til en spesifikk oppgjørsavdeling, selv om mange andre miljø og perspektiver er direkte involvert. Flere av disse vil bli nevnt i oppgaven, men da i hovedsak fra saksbehandlerens perspektiv.

Ettersom oppgaven sentrerer seg såpass spesifikt om en avdeling vil det derfor falle naturlig å benytte kvalitativ metode. Data i kvalitativ metode er tekst med en induktiv framgangsmåte (Tjora, 2018, s. 24). Fokuset i masteroppgaven er ikke å finne ut hvor mange som bruker det nye verktøyet, men snarere hvorfor, hvordan og eventuelt hvorfor ikke og hva som kan forbedres, samt dets påvirkning utenfor avdelingen i form av motivasjon, samfunnsansvar og interne og eksterne samarbeidspartnere.

3.1.2 Induktiv og abduktiv framgangsmåte

Det er i hovedsak tre forskjellige framgangsmåter - induktiv, deduktiv og abduktiv. Induktiv framgangsmåte er eksploderende og empiridrevet, hvor det antas eller vil utvikles noen generelle sammenhenger basert på observasjoner av enkelttilfeller. I den abduktive framgangsmåten er utgangspunktet induktiv framgangsmåte med fokus på empirien, men hvor teorier og perspektiver likevel spiller inn i forkant eller i løpet av forskningsprosessen (Tjora, 2018, s. 24-33).

I denne oppgaven er jeg inspirert av grounded theory og den etnografiske tilnærmingens tradisjon for induktiv eller abduktiv, hvor en jobber fra empiriske data til analyse. Selv om oppgaven i utgangspunktet er en fortolkende kvalitativ forskning som er induktiv, hvor teorier ikke skal styre forskningen (Tjora, 2018, s. 36), men det vil uansett bli påvirket av en type forforståelse, ettersom jeg forsker på min egen arbeidsplass. Det blir benyttet teorier eller annen forskning for å formulere problemstillingen

3.2 Forskning på egen arbeidsplass

Intervjuene er foretatt på min egen arbeidsplass, og intervjuobjektene er mine egne saksbehandlere og ledere. Dette medfører både fordeler og utfordringer som jeg vil se nærmere på.

3.2.1 Sosiale bånd og opparbeidet tillit

Det er meningsfullt og fruktbart, men også utfordrende, å forske på sin egen organisasjon. I kvalitativ metode må en ha en viss sosial og medmenneskelige relasjoner for å kunne få tak i aktuell data. Forskjellen ved å forske i egen organisasjon er at en vanligvis allerede har flere sosiale bånd til aktørene enn noen som kommer utenfra (Nielsen&Repstad, 2006, s. 245-247). For min del opplevde jeg det som relativt problemfritt å presentere min oppgave og skaffe intervjuobjekter, noe jeg vil si utvilsomt kommer av at jeg allerede kjenner intervjuobjektene, og allerede har opparbeidet et tillitsbasert forhold til dem. Det var ingen behov for å "break the ice" eller bli kjent på et overfladisk nivå, og kom fort i gang med intervjuene.

3.2.2 Farer og fordeler – forutinntatt og engasjert

Det er flere fordeler med å forske på sin egen arbeidsplass. En har ofte et engasjement for hva en jobber med, og ideer for hva som kan bli bedre på arbeidsplassen. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at eget engasjement kan bli en feilkilde i forhold til forskningen, ettersom det er en fare for at interessen styrer i for stor grad prosessen og resultatet (Nielsen&Repstad, 2006, s. 248-249). For min egen del ble det lett å engasjere seg i intervjuene til den grad at det fort ble en diskusjon snarere enn et intervju, kanskje mye fordi både jeg og intervjuobjektet til en viss grad hadde en

forutsetning til å vite om hverandres meninger om temaet på forhånd. I og med at jeg ikke måtte velge mellom hvilke intervjuobjekt jeg hadde fikk jeg en fordel i form av at jeg ikke – ubevisst eller ei – valgte personer på bakgrunn av hvilke meninger jeg antok vedkommende hadde i forhold til HelseHjelp. Dette skapte en tilfeldighet i forhold til sammensetningen av intervjuobjektene som jeg føler var viktig for å unngå en ensidig framstilling.

Ved å forske på sin egen organisasjon er det også en større grad av forutfattede meninger, teorier og løsningsforslag som kan påvirke forskningen. Ofte kan data som innhentes overraske i forhold til forventningene, og føre til ekstra refleksjon ettersom analysen ikke går den veien en antok. Dette fører til et økt induktivt preg, hvor empirien får en større rolle (Nielsen&Repstad, 2006, s. 249). Dette var i stor grad tilfelle i mine intervjuer, hvor bredden av meninger, oppfatninger og motivasjon var overraskende. HelseHjelp som verktøy skal benyttes på saksbehandlernivå, noe som treffer intervjuobjektene direkte, og det er nesten umulig å ikke ha en mening om det uansett hvor mye en har benyttet det selv. Da jeg begynte å skrive oppgaven hadde jeg lite erfaring med bruke av HelseHjelp selv, en erfaring som har økt gjennom skriveperioden. Dette har også hjulpet meg med å se de forskjellige meningene til intervjuobjektene i forhold til bruken og troverdigheten til HelseHjelp.

Det å forstå stammespråk, vite hvilke tema som er såre eller ikke skal snakkes om, å ha et godt utviklet nettverk er alle punkter som gir enorme fordeler i forhold til intervjuet sammenlignet med en som kommer fra utenfra (Nielsen&Repstad, 2006, s. 250-251). I forsikringsssammenheng er stammespråket godt innarbeidet, og det benyttes gjerne forkortelser eller slang som beskriver dekninger, uttrykk og lignende, noe som ga meg en stor fordel i intervjusammenheng da jeg ikke måtte stoppe intervjuet for en forklaring, ikke forstå sammenhengen eller føle behovet for å lage meg en form for ordbok. En utfordring blir heller å ikke forutsette at lesere av oppgaven innehar samme kunnskap, og så et behov for å lage nettopp en ordbok tidlig i oppgaven.

3.2.3 En spion i blant oss?

I forhold til å innhente data kan nære bånd by på problemer – fordi folk kan heller ville uttale seg til en utenforstående forsker enn til en medarbeider. Ofte kan spørsmålene blir mer kritiske i egen organisasjon, og både etikk, personlig mot og uavhengighet blir utfordret. Filtreringsprosessen kan påvirkes, kanskje av egeninteresse eller med tanke på hensyn til intervjuobjektene (Nielsen&Repstad, 2006, s. 254-255). Tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet påvirker et samarbeid med informanter. En kommer inn i folks situasjoner og arenaer, hvor resultater av intervjuene blir offentliggjort om enn anonymisert. Det at forskeren har et personlig forhold til informant øker forpliktelsen for forskeren, og forventninger hos informant (Tjora, 2018, s. 46-47). En kan i verste fall risikere å motta anklager fra medarbeidere om spionasje og angiveri, eller å ha brukt forskningen til egen vinning. Dette innebærer at en bør være forsiktig med å bruke for mye om organisasjonens indre liv, og en av fordelene – lokalkunnskapen – kan forsvinne (Nielsen&Repstad, 2006, s. 256). Jeg opplevde ingen anklager eller mistenksomhet i intervjurunden, snarere tvert imot - de fleste var opptatte av å si sin mening, og understreket at dette var etter deres oppfatning åpent kjente meninger som ikke alle så behovet for at skulle være anonymisert – selv om dette naturligvis ble gjort.

3.3 Rekruttering og utvalg

I forhold til utvalget bør sammensetningen være nok til å belyse problemstillingen. Det har lite for seg å intervju flere informanter om det ikke er sannsynlig de vil bidra med ny informasjon. Det er viktigere å finne relevante informanter over å skaffe flest mulig (Johannesen et al., 2019, s. 112). I mitt tilfelle føler jeg at jeg balanserte litt på kanten, i og med at jeg kunne ha kuttet antall intervjuobjekt. Samtidig føler jeg de alle bidro til helheten, og det er i ettertid vanskelig å se hvem som skulle vært kuttet.

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap om fenomenet og dets kontekst, ikke statistikk. Rekrutteringen har et klarere mål, og det kalles strategisk utvelgelse av informanter. Dette innebærer at målgruppen bestemmes før nødvendig data innhentes (Johannesen et al., 2019, s. 117).

På den aktuelle avdelingen er det 25 ansatte som alle i hver sin grad har vært involvert i HelseHjelp. Jeg avklarte på forhånd med min leder at jeg kunne sende ut en e-post til alle og at det var helt frivillig deltakelse, hvor også vedlagte informasjonsskriv som var godkjent av NSD. Jeg hadde også snakket litt om prosjektet i avdelingen på forhånd, så det ikke kom så overraskende på dem. Det var viktig for meg at det ikke var noe form for følelse av tvang eller at lederne aktivt gikk inn for å få medarbeidere til å delta. Jeg ønsket så langt det gikk å få frivillige deltakere. Jeg håpet også å unngå å måtte sende en "purremail" om ikke nok meldte seg frivillig, som viste seg å ikke bli nødvendig.

Etter 1 uke hadde 11 medarbeidere og ledere meldt sin interesse. Mitt mål hadde vært 6 deltakere til individuelle intervju, men dette åpnet opp for å både kunne ha det og en mini-gruppe. En mini-gruppe består av 3-5 deltakere. Den er lett å fylle, og får høre mest mulig fra hver enkelt, det er enklere å åpne seg og ta ordet i små grupper, og å få til en diskusjon. En kan imidlertid risikere at de ikke kommer overens med hverandre, og det vil komme lite ut av det (Johannesen et al., 2019, s. 113), noe som ikke ble tilfellet i mitt gruppeintervju.

3.4 Intervjuforberedelse og gjennomføring

Etter utvalget er gjort og før intervjuene skal gjennomføres, må en intervjuguide utformes. Denne er avgjørende for det etterfølgende intervjuet, og må på grunn av personvern og personopplysninger godkjennes av NSD.

3.4.1 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden benyttes både under intervjuer ansikt til ansikt og i gruppesamtaler. Ideen med intervjuguiden er at den ikke skal oppfattes som et spørreskjema men snarere en liste over tema og generelle spørsmål. I selve utarbeidelsen av intervjuguiden er det viktig å identifisere sentrale deltemaer som vil ha verdi i forhold til problemstillingen. En kan stille generelle spørsmål om aktuelle temaene, og spørsmålenes formål er hovedsakelig å oppmuntre informantene til å bidra med utdypende informasjon. Det er også vanlig at intervjuguiden inneholder underpunkter eller underspørsmål for å få dekket ytterligere tema og informasjon. En intervjuguide vil også vanligvis ha en tidligere avklart rekkefølge på temaene, men det er fritt for å endre rekkefølgen skulle informanten berøre senere tema med tidlige svar, eller bringe opp nye tema. Ved å benytte delvis strukturerte intervjuer kan dette gi en god balanse mellom standardisering

og fleksibilitet (Johannesen et al., 2019, s. 147). Jeg opplevde at jo flere intervju jeg tok, jo enklere ble det å få fin flyt i intervjuet selv om samme intervjuguide ble benyttet.

I vedlagte intervjuguide legges det til grunn at informanten allerede er informert om rettighetene sine i informasjonsskrivet som var vedlagt i e-posten informanten besvarte, som også ligger vedlagt oppgaven. Skrivet var uansett med i intervjuet for signering, og jeg tilbød å gjennomgå med informanten dersom vedkommende ønsket det. Jeg informerte om prosjektet, og deretter gikk spørsmålene over på generelle faktaspørsmål, for å avdekke hvilket inntrykk og kunnskap informanten har om forskjellige definisjoner og opplevelser, som også beveger seg inn på introduksjonsspørsmål. Det er med overlegg at jeg unngikk å spørre for personlige spørsmål om informantens privatliv, alder, kjønn eller annen informasjon utover det som er jobb- eller prosjektrelatert, på grunn av NSDs retningslinjer om anonymisering. Spørsmålene gikk deretter over til overgangsspørsmål, hvor fokuset ble mer på virkeligheten og opplevelser fra arbeidsplassen. En av de største utfordringene jeg fant med utarbeidelse av intervjuguiden var å unngå for klare ja/nei spørsmål samt avsløre for stor kunnskap om områdene på forhånd. Ettersom jeg intervjuer kollegaer som jobber med det samme som meg, var det tidvis lett å ta for gitt at de har det samme inntrykket av enkelte områder og begrep som meg, og jeg måtte gjøre spørsmålene så generelle som mulig for å få intervjuobjektets egen mening om temaet.

Deretter kom nøkkelspørsmålene, som er de spørsmålene som vil ha mest utdypning i svarene. Det er ingen oppsummeringss spørsmål i intervjuguiden, men det ble inkludert i intervjuet dersom det ble naturlig. Oppfølgningsspørsmål ville for eksempel være om jeg har forstått et svar riktig, eller få bekreftet en uttalelse. Intervjuguiden la så opp til en avslutning hvor informanten står fritt til å si noe som vedkommende føler en ikke ha fått sagt. I forhold til gruppeintervjuet ble samme intervjuguide benyttet, men i åpningsspørsmålene ble hver og en deltaker spurt om å besvare individuelt for å bryte isen og få alle med i intervjuet (Johannesen et al., 2019, s. 148-149). Dette fungerte veldig fint, og alle var involvert under hele intervjuet.

3.4.2 Gjennomføring av et kvalitativt intervju

Intervjuer er den mest brukte måten å samle inn egne data på. Intervjuene skal helst være mer en dialog enn rene spørsmål og svar. Svarene utgjør data eller empiri. Intervjuene tas opp på lyd og transkriberes i ettertid (Johannesen et al., 2019, s. 143).

En til en intervju passer best når det er ønskelig med fyldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner til et fenomen. Det er hensiktsmessig når temaet er intimt eller personlig, når det kan være negativt svar, eller mange tema som skal diskuteres (Johannesen et al., 2019, s. 144), som var aktuelt i mine intervju. Reaksjonen til intervjuobjektene på HelseHjelp var forskjellige, og det er ikke sikkert de ville ha uttalt det samme om de hadde sittet flere sammen.

Det å benytte en gruppe kan gi annen type informasjon. En godt sammensatt gruppe gir verdifull kunnskap, og gir en bredde av synspunkter, holdninger, erfaringer og fortolkninger (Johannesen et al., 2019, s. 145). Det gruppen jeg intervjuet sammen utfylte hverandre veldig, og satte gjerne i gang diskusjoner seg imellom som førte til nye synsvinkler og meninger.

Jeg gjennomførte på forhånd et testintervju med en frivillig deltaker som ikke senere skulle bli intervjuet til oppgaven. Tanken bak å gjennomføre dette var å få erfaring i gjennomføringen, teste spørsmålene, rekkefølgen, tiden og få tilbakemeldinger fra deltakeren. Testen var behjelpelig i forhold til å få spørsmålene mer naturlige og muntlige, i tillegg til oppdeling av spørsmålene for å unngå å spørre for mange spørsmål på en gang. I tillegg fikk jeg inspirasjon til omskriving av flere av spørsmålene, uten å gjøre dem for ledende. Jeg hadde forespeilet at det skulle ta 1 time, men intervjuet tok 38 minutter. Dette førte til at jeg kunne legge til ytterligere spørsmål, som jeg tidligere hadde fjernet fordi jeg var redd intervjuet ble for omfattende.

3.4.3 Intervjuene

I forhold til de faktiske intervjuene begynte jeg med mini-gruppen, mest fordi jeg håpet at flere på en gang ville gi bedre tilbakemelding på om spørsmålene og måten jeg spurte dem på fungerte. Det var også en fin måte å observere hvilke oppfølgingsspørsmål de hadde seg imellom for å undersøke om jeg kunne bruke dem selv. Intervjuet ble ikke kaotisk som jeg hadde fryktet, ettersom HelseHjelp er et tema som bringer mange meninger på banen, og selv om ikke alle bidro like mye bidro alle, og de hadde klare, egne meninger.

De resterende intervjuene var en og en, og selv om jeg i ettertid så at jeg kanskje ikke hadde hatt behov for alle 6 ettersom de ikke alle kom med en ny belysning av problemstillingen, kan jeg ikke heller se at det var grunnlag for å påstå at jeg burde ha valgt bort en av dem på forhånd. Dette på grunn av at jeg ikke ville anta på forhånd hva de ville si, og derfor risikere å gå glipp av en viktig kilde.

En av de store utfordringene ved å skrive om et tema som både engasjerer meg i jobbhverdagen min og som jeg vet at opptar mine kollegaer, var det å nettopp forholde intervjuet til et intervju, og unngå å falle ut i en diskusjon. Dette ble særlig tydelig da intervjuobjektene i en og en-samtalene har svært forskjellige meninger og opplevelser, og det ble fristende å trekke fram utsagn fra andre intervjuer i en diskusjonssammenheng.

3.5 Analyse

Dataanalysen har i utgangspunktet to hensikter:

1. Å organisere data etter tema – ved å redusere, systematisere og ordne materialet.
2. Å analysere og tolke – ved å fortolke, finne perspektiver, identifisere tema og mønstre som kan rapporteres.

3.5.1 Tverrsnittbasert og kategorisk inndeling av data

Dette innebærer å konstruere et system for å indeksere datamengden, det vil si å sette merkelapper på setninger eller avsnitt som igjen vil gjøre dem identifiserbar og enklere å finne igjen i tema i datamaterialet. Det omtales også som en kategorisering, hvor en kategori er en betegnelse som brukes som en gruppe med fellestrekk eller på andre måter er like. Et negativ aspekt med kategorisering er for brede eller forhåndsdefinerte kategorier som bidrar lite med ny kunnskap. Et annet er tendensen for at kvalitative tekster tar for seg mer enn et emne eller begrep om gangen, og det tredje at en

fortløpende koding vil ikke klare å fange opp ikke-tekstbaserte data. Som et verktøy kan koding benyttes, hvor flere kategorier oppstår i samme tekst, på flere nivåer - såkalte underkategorier (Johannesen et al., 2019, s. 161-163). Min oppgave fikk 5 hovedkategorier – saksbehandlerrollen, innovasjon og endring, ledelse, samfunnet og tredjeparter. Alle hovedkategoriene fikk flere underkategorier. Hovedkategoriene kom som følge av oppgavens problemstilling, forskningsspørsmål og data.

3.5.2 Tolkning, analyse og koding

I forhold til å lese av data er det vanlig å både lese av ordrett som sin egen fortolkning, og tolke for å forstå informanten. Dersom en leser refleksivt plasserer forskeren seg selv i forhold til datamaterialet, og utforsker sin egen rolle og perspektiver. Her tas det også hensyn til hvordan forskeren selv har påvirket datainnsamlingen og tolkningsprosessen, og leser da data på en måte som gjør at relasjonen mellom forsker og informant også er omfattet (Johannesen et al., 2019, s. 164). Den sosiale settingen for intervjuene påvirker dataen, det samme gjør målet for forskningen (Coffey&Atkinson, 1996, s. 5). Som nevnt tidligere i kapitlet foregår undersøkelsen på min egen arbeidsplass med mine medarbeidere. Dette ga fordeler i forhold til å komme fort inn i informasjonen og intervjuene, og kategorisere deretter. Det var særlig kategorien "saksbehandlerrollen" som fort pekte seg ut som en av de mest omfattende – som egentlig berører alle de andre hovedkategoriene. Dette kommer nok både av intervjuobjektene – som hovedsakelig er saksbehandlere – og min egen bakgrunn som saksbehandler.

Analyseringsprosessen er en refleksiv aktivitet, og er prosessen hvor data blir utvidet forbi det beskrivende, ved å finne nøkkelfaktorer og sammenhenger. Analyse krever både forsiktighet og kontroll, og hovedfokuset er å finne kategorier og mønster i datamaterialet. Den analytiske prosessen må være grundig og systematisk, men ikke rigid. Analyse er en induktiv, datadrevet aktivitet (Coffey&Atkinson, 1996, s. 6-10).

Det er viktig å påpeke at koding og analyse er ikke synonymer (Coffey&Atkinson, 1996, s. 12). Det er ikke uvanlig at en analyse av kvalitativ data begynner med å identifisere kategorier og mønster, som avhenger av hvordan dataene blir kodet, som igjen må gjøres i form av organisering, administrering og deretter hente ut de mest verdifulle og meningsfulle delene av dataen. Dette er omtalt som koding. Koding i seg selv kan benyttes i forhold til en del av analysen, og at det ikke blir kodet bare for å kode. Koding er mer enn å redusere data til generell viten, og kan benyttes til å ekspandere, endre, utvikle og skape nye muligheter innenfor analysen. Selve prosessen med koding kan starte enkelt, med generelle begrep og rammeverk, men underveis i gjennomgangen av data vil nøkkelord, prosesser eller spesifikke begrep bli tydelige. Mønster, tema, forekomster, kontraster, paradokser og uregelmessigheter er eksempler på meningsfull data som kan komme fram av koding. Deretter kan en gå mot generaliseringen og teori fra data. Valg av koder er mitt eget valg, og er redskaper i min analyse (Coffey&Atkinson, 1996, s. 29-47) som jeg brukte aktivt.

3.5.3 Analysering av problemstilling

Jeg benyttet hovedkategoriene mine til analyseprosessen og kodingen. Jeg forsøkte å bryte ned hovedkategoriene for å finne interessante vinklinger, tema og mønster. Noe som forekom viktig fra begynnelsen av var intervjuobjektens forhold til forsikringsbransjen og dets dårlige rykte. Ingen av intervjuobjektene følte at ryktet var

fortjent, men de kunne se hvor ryktet og imaget kom fra. Flere oppga et relativt likt forhold til forsikring før de selv begynte i bransjen. Forsikringsbransjens posisjon i samfunnet, og HelseHjelps potensielle påvirkning og assistanse for velferdsstaten ble tidlig trukket fram som en viktig nyvinning, som også kan påvirke bransjens frynsete rykte og image, i tillegg til å ha faktisk samfunnsnytte. Mye av årsaken til HelseHjelps framvekst har sammenheng med samfunnet ikke bare i Norge, men også Europa, i dag. HelseHjelp har kommet til som følge av et behov, ikke nødvendigvis krav, fra kundene og gir et fortrinn i forhold til konkurrentene. I tillegg sitter konsernet intervjuobjektene jobber for med et stort samfunnsansvar, samt behov for inntjening til bedriften og eiere. Hovedkategorien samfunn flettes dermed fint inn i en annen hovedkategori – saksbehandlerens.

Først og fremst ble det viktig å komme fram til hvordan en saksbehandler jobbet før HelseHjelp. Dette var informasjon jeg fikk gjennom intervjuene, og det ble fort tydelig at arbeidsprosessene ikke var like i de forskjellige produktene. Jeg utarbeidet derfor en svært forenklet modell for hver av arbeidsprosessene for å vise hvordan HelseHjelp påvirket direkte inn i saksbehandlingsprosessen. Denne endringen gjelder uansett produkt, og krever at implementeringsprosessen fungerer. Dette innebærer krav til ledelsen, men også at saksbehandlerne må forholde seg til endring og innovasjon. Dette er to begrep som saksbehandlerne har litt forskjellige forhold til, og som er viktige både som hovedkategorier og som bakgrunn for hele oppgaven. Definisjoner av innovasjon og endring spriket, og mye av ansvaret ble tildelt ledelsen. Det var imidlertid mange tanker og meninger om begge begrepene, i forhold til premiering, kultur og motivasjonsgrunnlag. Som saksbehandlere innen en regelstyrt kommersiell bransje med mye risikovurderinger, ble kostnader, tid, omdømme og kundeopplevelsen viktige tema.

Det ble deretter naturlig å se nærmere på hva innovasjonen HelseHjelp egentlig gikk ut på, hvordan arbeidsprosessen ble påvirket, hvem den berørte, og hvilke andre aktører som var involverte. Tredjeparter, den siste hovedkategorien, inkluderer mye – fra samfunnsaktører som NAV og advokater til samarbeidspartneren Falck. Sistnevnte er spesielt viktig i innovasjonssammenheng, da det er en ekstern tredjepart som har fått en helt ny samarbeidsrolle utenfor organisasjonen. Dette innebærer en stor endring for saksbehandlerne, og medfører utfordringer som tidligere ikke har vært tilfelle, både positive og negative. Erfaringene med Falck er ikke ensidig positive, det har stort forbedringspotensial og oppfattes også som av flere som en trussel. Dette er ikke uvanlige reaksjoner i forhold til innovasjonsteori og endringsprosesser som jeg kommer nærmere inn på i teorikapitlet.

I tillegg kommer de interne aktørene som påvirker prosessen direkte, som produkt, salg og toppledelsen. Dette er aktører som alltid har vært involvert i forsikringsoppgjørssammenheng, men som har fått nye eller endrede roller i forhold til HelseHjelp. Konsernet som avdelingen er en del av oppfattes som en innovativ organisasjon, og HelseHjelp har nådd toppledelsen. Dette har medført ny oppmerksomhet fra områder som tidligere har gitt oppgjør lite eller ingen stor interesse, som både oppleves som motiverende og litt skremmende i forhold til at intervjuobjektene føler seg misforstått, mer utsatt og mister kontroll. Dette var en reaksjon som var litt uventet, men ga ny innsikt i innovasjonsprosessen.

3.6 Reliabilitet og validitet

Pålitelighet (reliabilitet) knyttes til undersøkelsens data – hvilke brukes, hvordan samles de inn, hvordan bearbeides de. I en kvalitativ forskningsmetode kan påliteligheten styrkes ved en inngående beskrivelse av bakgrunnen og sammenhengen, og en åpen og detaljert forklaring og framstilling under hele prosessen. Det må gjøres enkelt å kunne spore dokumentasjonen av data, metoder og avgjørelser gjennom prosjektet, inkludert det endelige resultatet, hvor det legges vekt på hensiktsmessige kriterier for evaluering.

Troverdighet (intern validitet) fokuserer på om det finnes et sammenheng mellom fenomenet som undersøkes og de dataene som blir samlet inn. Ettersom kvalitative studier kan ikke måles, og må heller sees under kravet om hvorvidt en metode undersøker det en har til hensikt å undersøke. Fokuset blir derfor på å undersøke i hvilken grad fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. En løsning kan være at intervjuobjektene bekrefte resultatene, eller en tilsvarende kompetent person analyserer samme datamateriale for å undersøke om det blir samme konklusjon. I forhold til overførbarhet (ekstern validitet) vurderes det om resultatet overføres til liknende fenomener (Johannesen et al., 2019, s. 230-231).

En av de større utfordringene jeg kan se i forhold til valg av problemstilling og metode er at innovasjonsprosessen per i dag ikke er fullført. Det er vanskelig å si hvilken påvirkning HelseHjelp har i forhold til samfunnet på dags dato, og en kan si at en innovasjonsprosess konstant er i endring og forbedring. I forhold til innovasjonsprosessen slik den er i dag vil jeg påstå at den er fortsatt under aktiv utvikling, og endringer skjer bare dager etter jeg har fullført intervjuene mine. Samtidig er det å studere en implementeringsprosess mens den fortsatt er under utarbeidelse svært interessant, og berører alle nåværende ansatte. Som det nevnes i intervjuene i diskusjonsdelen balanserer også HelseHjelps framtid på toppledere som når som helst kan avbryte prosessen. Kanskje kan til og med masteroppgaven ha en betydning i videre utvikling av HelseHjelp.

I forhold til valg av problemstillingen og forskningsspørsmålene kunne jeg ha valgt andre innovative prosjekter som har blitt gjennomført og allerede er en innarbeidet del av saksbehandlingen og kundebehandlingen, men jeg opplevde dem enten for tekniske – hvor medarbeideren er lite involvert i innovasjonen – eller at de ble gjennomført for såpass mange år siden, at flere av de ansatte ikke var med i prosessen og de som var med ikke lenger husker detaljer. Disse innovasjonsarbeidene – som økt bruk av telefonkontakt – er nevnt i oppgaven og har vært avgjørende i den pågående innovasjonsprosessen HelseHjelp.

3.7 Generalisering

Innen samfunnsforskning er det vanlig med en form for generalisering. Dette omtales også som overførbarhet, og innenfor kvalitativt forskningsdesign finnes det flere former. Den jeg vil i hovedsak fokusere på omtales som moderat generalisering, som er en generalisering i en mer strukturell forstand. Her er det forskeren som skal beskrive i hvilke situasjoner resultatene av forskningen vil være gyldige (Tjora, 2018, s. 238-239). Mitt valg av både problemstilling og forskningsspørsmål har utgangspunkt i at det er tett koblet opp mot min arbeidsplass og mine arbeidsoppgaver. Forsikring er ikke alene om å

være en regelstyrt organisasjon, og de samme utfordringene finnes nok også hos andre aktører og bransjer, og jeg ser muligheter for overførbarhet både hos offentlige og private organisasjoner. Jeg valgte et tema som jeg vet det er mye interesse for og som er helt nytt på det norske markedet i sin form og benyttelse. Det er også en innovasjonstype som berører flere innovasjonsbegrep som vil bli presentert i teorigapitlet, samt det har et potensiale som ikke virker å være fullstendig gjennomført ennå. Ikke bare er det helaktuelt i forsikringsammenheng men også på nasjonalt plan, i tillegg til at de fleste medarbeiderne har erfaring med og meninger om HelseHjelp.

Typiske svakheter i forskningsprosjektet kan skinne gjennom ved å undersøke holdbarheten av de moderate generaliseringene. Eksempelvis kan det bli synlig i sammenhengen mellom strategisk utvalg i forhold til utvalg og undersøkelse. Dette innebærer for eksempel at forskerens utvalg av informanter kan være en sammensetning av folk som av ulike grunner gjør seg tilgjengelige, eller forskerens tilfeldige adgang til dem. Dette vanskeliggjør argumentasjonen i moderat generaliseringsbarhet og kan unngås ved i tidlig del av prosjektene ta utvalget og design for å tilrettelegge for generaliseringen (Tjora, 2018, s. 244). I min oppgave ble det tidlig klart at de riktige informantene og intervjuobjektene ville være saksbehandlere og ledere direkte knyttet til HelseHjelp. Ettersom jeg ville fokusere på det faktiske verktøyet og bruken av det ble det viktig å snevre inn på oppgjørsavdelingen. Som nevnt i oppgaven er det flere avdelinger som er involvert i HelseHjelp, men ingen av dem er med i selve utførelsen av verktøyet. At jeg har tatt så strategiske valg om utvalg styrker oppgavens overførbarhet, da intervjuobjektene sitter med mest kunnskap om oppgavens innhold, og har gitt et svært godt datagrunnlag til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

4. Empiri

Utgangspunktet er at HelseHjelp er et vilkårsfritt verktøy i en bransje bestemt av regler, lovverk og vilkår. Salgsavdelingen benytter denne fordelene i innsalget av forsikringene, men det er oppgjørsavdelingen som skal benytte verktøyet i skadesaker. På det samfunnsmessige, nasjonale plan er verktøyet unikt, og det tar saksbehandlerne til seg som noe positivt.

HelseHjelp som innovasjon berører flere instanser, både internt og eksternt, som alle vil ha noe med oppgjørsavdelingen å gjøre. Det er saksbehandlerne i oppgjørsavdelingen som både skal motiveres, implementere og samarbeide for å sørge for HelseHjelps suksess.

4.1 En saksbehandlers saksbehandlingshverdag

“Det er jo ikke en sånn fantastisk ny tilnærming, det er bare at en har spisset deler av det en har gjort, og tilført ny kunnskap men det en kanskje har gjort – er å tilføre spesialkompetanse på visse områder av sakene våre.” (Saksbehandler)

I oppgjørsavdelingen hvor jeg foretok mine undersøkelser sitter saksbehandleren med mye ansvar, faglige krav og kundekontakt. I intervjuene spurte jeg om hvordan de vanligvis saksbehandlet en såkalt “nysak”, som er et begrep som beskriver en ny skademelding eller melding om langvarig sykdom. Nysaker er inngangen av nye meldte krav fra kunder til forsikringselskapet, og kan bestå av alt fra en telefon eller e-post til en standardisert skademelding til oversendelse av utstrakt medisinsk dokumentasjon og

vedtak fra NAV. Uansett hvor mye informasjon som kommer ved første kontakt er det imidlertid flere punkter en saksbehandler må i gjennom for å vurdere om saken.

“Har du forsikring? Hva har skjedd? Hvor mye penger vil du ha? (Ler) Hvilken type kontakt med kunden skal vi ta? Så da ringer jeg da, eller sender brev” (Saksbehandler).

Et av de første og viktigste punktene som må vurderes er hendelsesdatoen. På ulykkesforsikringer er dette datoen skaden skjedde, på uføredekningene er det ofte første sykemeldingsdato. Datoen er avgjørende av flere årsaker - hadde bedriften forsikringen i selskapet på tidspunktet? I så fall, hvilken type forsikring? Er hendelsesdatoen nylig eller flere år siden? Det siste spørsmålet er avgjørende i forhold til vurdering om omfang av saken – og å undersøke nærmere hvorfor saken ikke er meldt tidligere, og om vedkommende allerede for eksempel er ufør. Dette påvirker igjen saksbehandlerens videre valg og muligheter i forhold til saken. Dersom det ikke er tilstrekkelig informasjon for å kunne registrere saken og begynne saksbehandlingen, må gjerne tredjeparter i form av arbeidsgiver eller forsikringsmeglere kontaktes.

Når hendelsesdatoen er avklart og saken er registrert under riktig dekning, begynner saksbehandlerens videre vurdering. Oppfyller saken de kravene som vilkårene har satt? Er det en sykdom eller en ulykke? Allerede her kan avslag på forsikringen skje – særlig etter vilkårene for forsikringen, som kan være satt av Lov om Yrkesskadeforsikring, Bilansvarsloven eller i ordinære vilkår som bedriften har akseptert ved inngåelse av forsikringen.

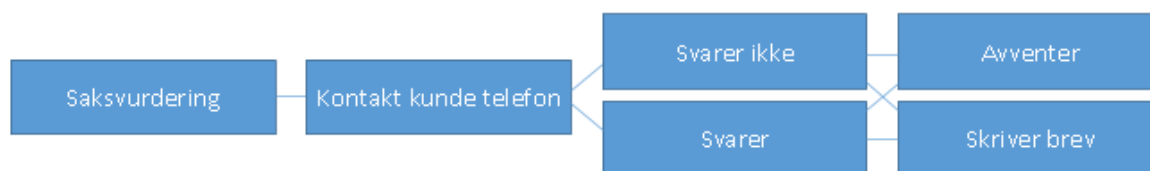
Dersom det ikke foreligger grunnlag til avslag, vil saken vurderes videre. Saksbehandleren vil da se nærmere på selve konsekvensene av skaden eller sykdommen, og hvilken del av forsikringsdekningen som vil bli aktuell. Er det snakk om få behandlingsutgifter, eller er personen på vei mot uførhet? Ofte er det ikke vedlagt tilstrekkelig informasjon for å kunne ta denne vurderingen, og saksbehandleren ringer kunden.

På de fleste dekningene er det utarbeidet en såkalt “førstegangssamtalemål”. Her er det ramset opp typiske spørsmål og momenter som bør avklares. Denne blir mye benyttet i opplæring av nye saksbehandlere, mens mer erfarne saksbehandlere tar samtalen litt mer “på følelsen” og basert på erfaring. Det ble av flere av mine intervjuobjekter spesifisert at svært få saker er like, og at arbeidshverdagen derfor blir veldig praktisk anlagt – det er ikke nødvendigvis en standardløsning. Noe av det aller viktigste som ble poengtert av intervjuobjektene mine var at telefonsamtalen var tilnærmet avgjørende i forhold til å opparbeide gjensidig tillit mellom kunden og saksbehandleren, og samtalen gjorde det enklere å bedrive forventningsavklaring og forventningsstyring med tanke på kundens forventninger til forsikringen. Dersom denne tilliten ikke oppstår, eller at den i senere del av saksbehandlingen blir brutt, har saksbehandler flere metoder og verktøy tilgjengelig for å avdekke årsaken til eventuelt brudd på tillit. Noen ganger kan det være misforståelser eller en dårlig kombinasjon av personligheter, andre ganger kan det være at informasjon skjules enten fordi de ikke tåler dagens lys eller fordi kunden tror at informasjonen kan skade saken sin. Dette kan skje både ved første telefonsamtale eller lenger ut i saksbehandlingen.

Etter telefonsamtalen gjør saksbehandleren en vurdering av saken på nytt. Kan den avsluttes? Hvis ikke, må det tas en vurdering i forhold til hva saken kan komme til å bli i

samlet utbetaling og kostnader. Dette heter "avsetning", og er et punkt saksbehandleren må ha et forhold til under hele saksforløpet. I første omgang blir det en generell vurdering, som vil bli spisset ytterligere jo mer informasjon som kommer inn. Vurderinger som må tas er for eksempel hvor omfattende er skaden, hva er sannsynligheten for at kunden kommer tilbake i arbeidslivet, hvilke typer utgifter har vedkommende, og om det er et løpende inntektstap eller om vedkommende allerede er varig ufør. Saksbehandler sender deretter ut et brev med informasjon om dekningen, og en fullmakt som må signeres for å gi selskapet tillatelse til å innhente dokumentasjon fra NAV og behandlende leger eller sykehus. Det er kompliserte saker som krever faglig kunnskap, og sakene er sensitive i og med at det handler om folks personlige helse.

Måten saksbehandleren arbeider på nysaker er ikke ulik måten saken blir vurdert underveis. Det nevnes av intervjuobjektene at det ikke er uvanlig at en komplisert yrkesskadesak kan vare i flere år, hvor kontakten med kunden skjer fortløpende. Det er samme saksbehandler som har saken hele veien til oppgjøret, og underveis i saksbehandlingen må innhentet dokumentasjon vurderes i forhold til hendelsesdato, dekningen, vilkårene og så videre – og kunden kontaktes på telefon eller brev. Selve saksbehandlingen i forhold til kundekontakt etter saksvurderingen kan derfor settes opp i en svært forenklet modell:



Figur 1 Forenklet generell modell før HelseHjelp

Modellen viser at det ikke er et enkelt svar eller en standard måte å løse alle saker på. Vurderingen om avventer kan komme av tidligere informasjon, erfaring eller telefonsamtalen. Det samme gjelder for om det blir skrevet brev – dette er igjen i stor grad saksbehandlerens vurdering, og avhenger veldig på type sak eller hvor langt en har kommet i saksbehandlingen.

4.2 HelseHjelp

Ideen bak HelseHjelp er at det skal fungere som et verktøy for saksbehandleren. Dette innebærer en endring i arbeidsmetodikk og saksbehandling.

4.2.1 Historien bak HelseHjelp

Da jeg i intervjuene spurte saksbehandlerne om hvordan HelseHjelp ble introdusert, ble det noe usikkerheter. De fleste husker en avdelingstur til Røros, der en annen avdeling i konsernet hadde vært med og introdusert et forsikringstilbud alle bedrifter fikk. Dette var et tilbud som la opp til nærmere oppfølging av sykemeldte, og var et forsikringsprodukt bedriften måtte betale for. Det var usikkerhet rundt hvor mange år siden dette var, men de fleste kom fram til rundt 2 år siden. Før den tid var flere av de nærmeste lederne i Danmark og så hvordan et selskap hadde benyttet en ny tjeneste i forhold til pensjonsordningen hvor de sykemeldte ble fulgt opp nærmere av selskapet. Det ble avgjort at på bakgrunn av gode erfaringer både i England, Tyskland, Sverige og Danmark

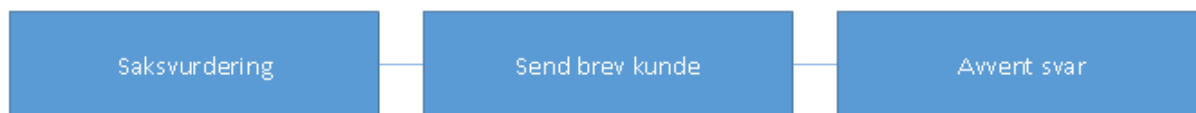
så skulle konsernet utvikle sitt eget tilbud, basert på erfaringer fra de andre landene, som kunne passe både for pensjon og Personalforsikringer. Det var det produktet som ble nevnt tidligere som allerede eksisterte, som het Aktiv Helse, som var tilbudt til kunder mot en kostnad. Dette produktet har noen likhetstrekk med HelseHjelp, men er likevel ikke det samme. Det ble et ønske om å gå bort fra det gamle navnet Aktiv Helse, både på grunn av navnet ikke var passende og at det var navnet på et annet produkt, og det ble gjennomført en navnekonkurranse i avdelingen hvor alle saksbehandlere fikk komme med forslag til navn. Forslaget HelseHjelp vant. I omtrent samme periode ble første pilot av HelseHjelp gjennomført, for uføredekningen "Annen Sykdom enn Yrkessykdom". Forsikringsdekningen forkortes vanligvis til Annen Sykdom.

4.2.2 Piloten Annen Sykdom

Annen Sykdom er en uføreforsikring som vanligvis krever sammenhengende sykemelding over 40 % i 2 år, og at vedkommende er bedømt varig. Det er en engangsutbetaling som skal bidra til å dekke inntektstapet opp til pensjonsalder, satt til 67 år. Det foreligger ingen dekning for behandlingsutgifter under forsikringen. En nysak på Annen Sykdom meldes typisk 1 år etter hendelsesdatoen, idet kunden går fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger (AAP) i NAV.

Da Annen Sykdom ble piloten for HelseHjelp ble det ikke foretatt en telefonsamtale med kunden, ei noen form for oppfølging mot kunden før vedtak fra NAV forelå og det ble utbetaling, og saken deretter avsluttet. Med HelseHjelp ble det vesentlige endringer både i måten kundene ble fulgt opp, og hva dekningen bidro med.

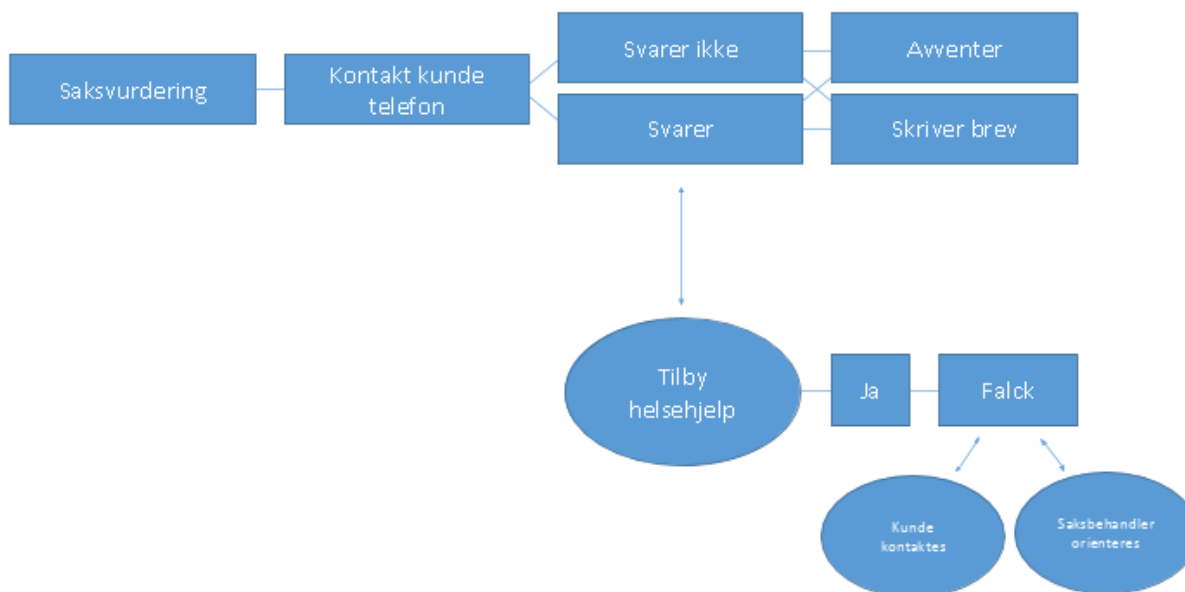
Modellen under viser hvordan Annen Sykdom hovedsakelig – i en forenklet versjon – behandlet sakene før økt telefonbruk og HelseHjelp.



Figur 2 Forenklet Annen Sykdom-modell før HelseHjelp

4.2.3 Endringen i saksbehandlingen

Modellen under viser – fortsatt i forenklet versjon – hvordan HelseHjelp har påvirket saksbehandlingen.



Figur 3 Forenklet generell modell etter HelseHjelp

Annen Sykdom, som i utgangspunktet hadde den minst omfattende modellen, fikk derfor en relativt stor endring i sin saksbehandlingshverdag. Først og fremst i forhold til at kunden skulle kontaktes på telefonen, deretter tilby telefonsamtale med Falck gjennom HelseHjelp. Dersom en skadelidt takker ja til HelseHjelp, vil Falck sende en SMS med en fullmakt. Deretter kontakter Falck kunden direkte for en kartleggings samtale om hvor hjelpen kan komme inn. Oppfølgingen kan være i forhold til NAV, psykologhjelp, sosionomhjelp og eventuelle alternative behandlingsforslag med mål om å være behjelpelig med å få kunder på tilbake i jobb. Saken kan også bli vurdert i tverrfaglig team av lege, psykolog, fysioterapeut og sykepleier. Gjennom HelseHjelp kan kunden få tilbud om behandling eller andre utgifter dekket, som ikke tidligere var aktuelt gjennom dekningen. Til slutt baserer også HelseHjelp seg på oppfølging av kunden i mye større grad - både med Falck og kunden selv - om behandlingen fungerte, om kunden er på vei tilbake i jobb og så videre, som var noe saksbehandlerne tidligere ikke hadde gjort. Skadelidte får da oppfølging både av saksbehandler i forhold til sin forsikrings sak, og av Falck i forhold til sitt behandlingsløp.

Etter at piloten med Annen Sykdom var fullført, ble de andre dekningene – hovedsakelig ulykkesforsikringer – også involvert, og følge den samme modellen. Det er derfor forskjellige erfaringer basert på hvor lenge HelseHjelp har vært i bruk, alt ettersom hvilke produkter intervjuobjektene jobber med. For å forstå modellen og endringen bedre er det behov for mer informasjon om selve HelseHjelp og dens påvirkninger.

4.2.4 HelseHjelp som verktøy

HelseHjelp er et gratis tilbud og saksbehandleren tilbyr skadelidte en ekstra oppfølging, hvor samarbeidspartneren Falck kommer inn. HelseHjelp blir benyttet som et verktøy, ikke et eget produkt. Inntrykket til flere av intervjuobjektene var at målet er ikke å tjene penger, men å spare penger ved å unngå at folk blir ufør. Som konsekvens blir det lavere utbetalinger, og prisene på Personalforsikring faller, og i det større og hele kan det komme velferdsstaten til gode.

4.3 Samfunnsansvar og butikk

Da jeg stilte spørsmålet om hva intervjuobjektene trodde visjonen bak HelseHjelp var svarte de: "Hjelpe Norge og arbeidsgiverne, ikke minst fordi uten oss vil de ikke ha råd til forsikringene, og ikke minst oss da, å gjøre arbeidshverdagen vår mer verdifull," og "Få folk tilbake i jobb, selge mer forsikringer. Redusere antall uføre. Vi bør få med politikere og NAV, legene – alt starter med legene."

4.3.1 Samfunnsansvar som motivasjon

Det er enighet hos de fleste jeg intervjuet at HelseHjelp handler om mer enn deres egen avdeling. HelseHjelp kan, i sin beste form, påvirke samfunnet dersom visjonen om å få folk tilbake i arbeid og redusere antall uføre slår til. Kanskje kan det til og med avlaste NAV. Det øker også ansvaret og behovet for tillit, og tenke på det samfunnsansvaret en har også i forhold til velferdsstaten.

"Og da er det jo nærliggende å tenke hvordan kan man hjelpe folk – i og med at det å komme seg på jobb er en så stor del av helsa til folk, fordi det gir en så stor helsegevinst å være i jobb – så tenker jeg at det er viktig for Norge som nasjon å beholde arbeidsplassene til de som ønsker det. (...) Det er et kjempestort samfunnsansvar det å holde folk i jobb." (Saksbehandler)

"NAV systemet er jo slik at det er jo inntekten – altså det de bruker som utgifter det er jo penger som folk har tjent og betalt skatt for, både private og bedrifter. Så for å holde hjulene i gang, pensjonsfondet, alt dette, det er jo ikke nok penger i systemet til at alle skal legge seg ned og bli ufør. Da stopper det jo. Derfor er samfunnsansvaret og bærekraft viktig." (Saksbehandler)

HelseHjelp er samfunnsnyttig i form av at det hjelper folk som ikke har kapasitet til å oppsøke behandling på egen hånd. Det kan skape ringvirkninger i form av å hjelpe samfunnet. Det saksbehandleren gjør ved å benytte HelseHjelp er å undersøke om de som er syke, på vei til å bli syke eller trenger hjelp på noen vis kan få hjelp gjennom HelseHjelp. Det er ikke nødvendigvis et krav at en har en diagnose, men kanskje mangel på overskudd eller ikke trives i jobben sin. Særlig kan dette gjelde unge som akkurat har kommet ut i arbeidslivet: "Det er store forventninger til unge folk, og de har også store forventninger til seg selv arbeidsgiver, så det er en mismatch der. Så folk takler det ikke alltid." Det er også flere som oppgir at det kan gjøres mer, HelseHjelp kan utvikles enda mer.

4.3.2 Kroner og øre

"Jeg tror det er en økonomisk fordel og samfunnsansvar og ser bra ut, og at det er salgbart. Samfunnsansvaret sier de jo at vi ønsker å ta vare på folk, og at de skal komme seg tilbake i jobb, men det er jo også for å tjene penger." (Saksbehandler)

Bak samfunnsansvaret ligger også bedriftens omdømme og behov for inntjening. Selskapet kan ikke bruke mer enn de sparer og tjener. HelseHjelp som innovasjon blir i denne oppgaven knyttet mot oppgjørsavdelingen, men oppgjørsavdelingen er bare en av mange ledd i forsikring. Først er det salgssavdelingen, som skaffer kundene. Prisene for de større avtalene utarbeides av en tilbudsgruppe, og bak produktene står en produktavdeling. Selve driftingen av forsikringene – som oppretting og oppdatering av

avtalene, fakturautsending og så videre – har en egen driftsavdeling. Alle disse avdelingene er avhengige av hverandre, og spiller hver sin rolle i HelseHjelp.

4.4 Endring og innovasjon

Roller saksbehandlerne har fått i HelseHjelp krever en stor endringsvilje hos saksbehandlerne, som må endre sin arbeidsmetodikk og forholde seg til instanser de tidligere har hatt ingen eller lite kontakt med. De treffes både av endring og innovasjon.

4.4.1 Endringserfaringen

Om endring: "Eh. Som regel så er det jo positivt men det kan sitte litt langt inne (ler). At det først føles litt sånn - det er jo den vanlige kurven som alltid blir vist – som da vi skulle flytte plasser for eksempel - sånn med en gang oppleves det som en nedtur, men så ser du de nye lokalene og flytter dit så viser det seg at det er jo helt topp det og så... det er en kneik en må over." (Saksbehandler)

De aller fleste intervjuobjektene mine var ikke negative til endring. Inntrykket av ordet endring skilte seg mellom et nødvendig onde til en ren motivasjonsfaktor. Et intervjuobjekt uttalte: "Jeg er jo... jeg er glad i endring. Jeg vet ikke om det er ordet endring men jeg ser på det som forbedring, og jeg liker forbedring, jeg liker nye ting."

Flere av intervjuobjektene mente det er et tydelig skille mellom organisasjonsendring, som ble omtalt som noe utenfor deres kontroll, hyppig og ofte tidskrevende, og endring på saksbehandlernivå, som med kulturendring. Det oppgis at det generelt ikke er særlig mye endring på avdelingsnivå, utover å skifte produkt å jobbe med, men at endring fra toppen skjer oftere og føles fjernere. Endring på bransjenivå innenfor Personalforsikring er nærmest fraværende. Begrepet endring oppleves også som et ord benyttet for å skjule noe negativt – fordi en skal jo ikke være negativ til endring – men kobles også opp mot forbedring og nyteknikning.

4.4.2 Tanker om innovasjon

"En må jo ha en slags endring for at det kan kalles en innovasjon. Det er en endring i måten en saksbehandler på. Og da kan det bli en innovasjon om det blir en forbedring. Det blir en innovasjon og endring og en bruker det for at det skal bli en innovasjon." (Saksbehandler).

Begrepene innovasjon og endring er ofte koblet svært tett sammen i intervjuene. Et intervjuobjekt sier for eksempel at "Innovasjon er et relativt nytt ord, en har holdt på med endring gjennom alle tider uten at det har vært innovasjon med det." I andre intervjuer kommer det fram at innovasjon egentlig er et mer fancy ord for endring, og at begrepene egentlig er det samme. Det kan virke som at noen av intervjuobjektene har en oppfatning av innovasjon som noe kunstig. Andre føler en avstand til innovasjon. "Føles stort og vagt. Jeg tenker kanskje mest på konkrete ting som de finner opp nye ting, men litt mer sånn produkt som kan brukes på en ny måte. Tenker mer på sånn som oppfinnere," og "Det at HelseHjelp er ikke er en innovasjon var det som slo meg da vi begynte med det. Jeg kobler for eksempel heller en smarttelefon mot innovasjon."

Der hvor begrepet endring blir av et intervjuobjekt benyttet til å skjule en negativ utvikling, sier en annen at begrepet innovasjon benyttes for å skjule endring. I

avdelingen oppgis det at innovasjoner har skjedd, og at viljen til innovasjon er stor. På konsernnivå enda større, og omfattende, men at avdelingen og forsikring holdes litt utenfor. Det nevnes en avdelingstur til konsernets Digital Floor og hjertet av innovasjonsarbeid, hvor innovasjonsgnisten ble tent, men slukket ved hjemreise, og ideene lagt i en skuff. På bransjenivå uttales det: "Det er jo muligheter, men innovasjon i bransjen har gått mer på tekniske løsninger og en fin logo enn vilkårsnivå." En annen sier: "Det virker kanskje som man... går litt i sirkel på de samme tingene men med variasjoner. Så lenge man har et lovverk i bunnen som ikke endres så... Jeg har kanskje inntrykket av at det kanskje ikke er helt den store innovasjonsdriven i forsikring." forhold til HelseHjelp som innovasjon og endring av deres arbeidshverdag er utgangspunktet positivt: "I utgangspunktet så oooohh nytt, kjempebra, nytt ingen har tenkt på før (Knytter never i lufta)." Det er for mange saksbehandlere utfordrende å se det positive med HelseHjelp som innovasjon, og hvordan HelseHjelp kan påvirke utover saksbehandlerhverdagen, særlig på bransjenivå.

4.5 Imageproblem

Forsikringselskap har et imageproblem, og dette er noe de ansatte – mine intervjuobjekter – er klare på. Utsagn som: "Jeg har nevnt jeg jobber i forsikring i selskap – og da blir det storm i vannglass. Forsikringsbransjen er - 'Ja jeg hadde en sak for noen år siden bla bla bla.' En føler en må forsvare hele bransjen", "Jeg kjenner jo folk som mener at forsikring er svindel satt i system" og "En sånn gjengs tanke at 'jeg har jo forsikring men når jeg trenger den får jeg ikke hjelp uansett', og det er jo det folk sier. De aller fleste," representerer noen av uttalelsene. Det er derfor en utfordring for et selskap som tilhører en bransje med såpass dårlig skussmål å ha troverdighet til nyskapning til kundens fordel. Særlig med påstanden om at det skal være en gratis tjeneste.

4.6 Ledelsen

Bransjens utfordringer er kanskje ikke noe saksbehandlerne kan gjøre mye med, og ledelsen blir ofte trukket fram i intervjuene som en viktig aktør i forbindelse med implementeringen av HelseHjelp. Det skiller også tydelig mellom nærmeste ledelse, og toppledelse. Det å være en liten avdeling i et stort konsern er også en utfordring i forhold til avstand til ledelse. "Når lederne våre sier de må bruke så mye tid på å forklare ledelsen hva vi gjør (...) Altså det er forsikring. Skader du deg får du penger eller ikke, verre er det ikke." Det oppgis avstand til toppen, men som har blitt redusert etter HelseHjelps inntreden. Oppmerksomheten er ikke ensidig positiv, som jeg vil komme tilbake til i diskusjonen.

Den personen som i flere intervjuer trekkes fram som HelseHjelps innovatør og drivkraft er en av de nærmeste lederne. Det oppleves som kort vei til toppen når toppen omtales som nærmeste leder, og mye av drivkraften bak HelseHjelps innovasjonsprosess fram til implementeringen oppgis å være nærmeste leder.

En utfordring som virker å bli gitt til ledelsen av intervjuobjektene er en evaluering. Det foreligger et ønske om bevis og hvilke mål som er oppfylt. Dette kommer jeg nærmere inn på i diskusjonen.

4.7 Andre samarbeidspartneres innflytelse

HelseHjelp er ikke drevet av selskapet alene. Det er selskapets kunder som får tilbudet – som består i et forslag om en telefonsamtale med en sosionom som er ansatt i samarbeidsbedriften Falck. Erfaringen med Falck er tvetydig blant intervjuobjektene, og samhandling med eksterne samarbeidspartnere er også en av de viktigste og vanskeligste delene med en innovasjonsimplementering.

Av de andre avdelingene er salgsavdelingen som trekkes fram i intervjuene, som den avdelingen som egentlig er lengst unna oppgjørsavdelingen. De er spydspissen, og oppgjør er fjæra bakerst på pilen. Det salg gjør, imidlertid, påvirker oppgjøret i veldig stor grad, og det oppleves av intervjuobjektene at det ikke alltid fungerer så bra. Flere av intervjuobjektene snakker om kulturforskjeller mellom salg og oppgjør. Det er enighet fra de fleste intervjuobjektene at HelseHjelp er en god salgspitch, men også en bekymring for hvordan HelseHjelp blir benyttet i salg.

Det kan visualiseres med to sitater: "De kan bruke HelseHjelp i salgøyemed. Salg vet ikke helt hva vi har gjort før med kundene. De vet vel egentlig ikke helt i dag hva vi gjør med kundene. Så dem - så nå føler de nok at de har noe konkret å vise til når de skal selge inn avtalen," men også: "Men hvis de selges inn at vi gjør de ansatte friske, blir det feil. Det er ikke det vi gjør." Denne bekymringen er basert på erfaring, både i saksbehandlingssammenheng, men også i et større bilde.

Til slutt kommer også konkurrentene som en instans som er i fokus. For øyeblikket har ingen konkurrenter et tilsvarende tilbud, men etter hvert som salgsapparatet tar kunder ved bruk av HelseHjelp vil det være nærmest uunngåelig ifølge flere av intervjuobjektene at konkurrentene ikke vil forsøke å kopiere konseptet. Samtidig forutsetter det at HelseHjelp blir en vedvarende suksess.

5. Diskusjon

I teorikapitlet kom det fram flere utfordringer ved en innovasjonsprosess, særlig rundt implementeringen og gjøre den til en vedvarende rutine i avdelingen, og HelseHjelp er intet unntak. I diskusjonen under vil både utfordringer relatert til samfunnsansvar, motivasjon, implementeringen og nye samarbeidspartnere bli berørt - men også mulighetene, løsningene, lyspunktene og tanker om framtiden.

5.1 Innovasjon som begrep

"Innovasjon det er... eh... videreutvikling, nyskapning, nytekning, oppfinnelser er den direkte oversettelsen som kommer i hodet mitt. Det handler om å gjøre nye ting eller gamle ting annerledes." (Saksbehandler)

Innovasjon er, ifølge de fleste av mine intervjuobjekter, koblet mot nytenkning. Et av intervjuobjekt sier at ordet innovasjon virker som det er vannet ut, og at det brukes om prosesser som kommer naturlig, og derfor ikke er nyskapende. Det trekkes fram endringer, som organisasjonsendringer, hvor innovasjon ikke spiller en rolle men blir gitt en kunstig rolle ved å bruke begrepet, og at det ikke alltid gir de umiddelbare assosiasjonene som de føler det bør. Innovasjon og innovasjonsbehovet finnes imidlertid

ifølge noen av intervjuobjektene på flere nivå - og nivåene som trekkes fram i intervjuene er fra verdensomspennende, til nasjonalt, samfunn og bransje - ned til organisasjonen, avdelingen og individet.

5.1.1 Innovasjon i forsikringsbransjen

I forhold til forsikring og innovasjon er ingen av intervjuobjektene spesielt imponerte over bransjens egen innovasjonskraft, og mener den har mer å bevise også på grunn av dets rykte som en grådig og grisk bransje uten god kommunikasjon og kontakt med kunden.

“Forsikring har et gammelt rykte på seg og. Mange tror at hvis vi klarer å ikke utbetale så blir det ren profitt til selskapet, at vi tar pengene de skulle hatt selv. At vi skjuler alt i små skrift og rare regler. Vi kan jo forstå det fordi noen av reglene kan oppfattes som litt rare.” (Saksbehandler).

Intervjuobjektene føler at forsikring i stor grad sliter med imaget, og at dette påvirker forholdet til omverdenen. Det virker kjedelig og tørt, vilkår og mye pirk, men som flere av intervjuobjektene synes er litt smått komisk - fordi det er den delen de liker best med forsikring selv. I forhold til HelseHjelp er det generell enighet blant intervjuobjektene om at det kan gi et bedre image - ikke bare for selskapet de jobber for men på sikt hele bransjen.

“Jeg tror det er veldig lite respekt for forsikringselskap. Vi er en store stygge ulven. Det skyldes at vi kun er i media når det er noe negativt. Så det er egentlig bransjen sin feil. Det går da fint an å gå ut i media med gode saker. Så det er litt opp til bransjen og.” (Saksbehandler).

Få av intervjuobjektene hadde et inntrykk av at forsikringsbransjen stakk seg ut positivt i innovasjonsarbeid, og ofte var nyskapingene på andre områder i forsikring enn Personalforsikring og personskade som traff dem.

“Nei, de finner på nye ting. Men... det føles som noe en alltid snakker om, men som når det kommer til stykke blir det lite ut av det.” (Saksbehandler)

I forsikringsammenheng betyr nytenkning gjerne nye produkter - som helseforsikring og kritisk sykdom - som ofte har en bransjestandard, som innebærer at de aller fleste selskapene følger samme standard. Personalforsikring som produkt har beveget seg fra å dekke yrkesskade og nøkkelpersoner - særlig ledere - til å omfatte hele arbeidstokken. Dette har kommet delvis av politisk press i forhold til likestilling og velferd. Problemet her, også på nasjonalt og bransjenivå, er ifølge intervjuobjektene oppfatning at det stopper opp. Fokuset endrer seg - for eksempel fra Personalforsikring til pensjon - og en god ide som delvis er gjennomført stopper opp halvveis og renner bort i sanden. Det er også en tendens mot mye endring, men lite innovasjon. Endring i forsikring kan komme fra en høyesterettsdom eller en lovendring, som slår direkte ut på saksbehandlingen uten at en innovasjon var årsaken. Andre eksempler som trekkes fram er nye forsikringstilbud - som DNBs «Bonusbulken» og «Dekker noen det dekker vi det» som gikk som TV-reklamer og fikk mye oppmerksomhet - men vilkårene bak endrer seg ikke, og det oppleves av intervjuobjektene at endring av vilkårene er tilnærmet umulig. Det er et

manglende fokus med ingen nyskaping innenfor forsikring, ikke fremdrift eller utvikling av den store bremsen – som er vilkårene.

5.1.2 HelseHjelp som innovasjon

Erfaringen til intervjuobjektene tyder på at bransjen sjeldent klarer å framstille seg selv som noe annet enn imaget også tilsier. HelseHjelp kan bli unntaket.

Norges utfordringer med økende uføretall er ikke et norsk særtilfelle. Den samme utviklingen er å se i nabolandene med sterk velferdsstat, og HelseHjelp kom til som følge av et blikk rundt til nabolandene. Som et intervjuobjekt spurte: "Er det innovasjon når vi kopierer noe som er gjort i Sverige?" Det settes derfor spørsmåltegn med om HelseHjelp er en faktisk innovasjon, ettersom det oppfattes som en etterligning eller en kopi av en tidligere gjennomført innovasjon – bare i et annet land. Imitasjon av innovasjoner er, som nevnt i teorikapitlet, imidlertid vanlig, og HelseHjelp er utviklet som en egen versjon med likheter til nabolandenes innovasjoner. Ikke alle intervjuobjektene har samme oppfatning, og mener at det gjør innovasjonen fjernere fra de som skal bruke den:

"Om innovasjonen skulle fungert best må det komme fra de som skal bruke det, medarbeiderne. Så kunne salg ha sagt 'vi trenger noe lurt som hjelp til salg', også er jeg ganske sikker på at vi hadde klart å komme på dette på egen hånd, uten å se til det Sverige har gjort." (Saksbehandler).

5.1.3 Innovasjon i organisasjonen

At vilkårene har en bremsende effekt på innovasjonskraften, mener intervjuobjektene mine, går igjen både på bransjenivå og deres egen organisasjon. Innen bransjen skjer det stadig noe, kanskje oppleves det som oftere enn før og gjennomføringen går kjappere, særlig hos de bedriftene som kun driver med forsikring. Å være i et konsern med flere interesser utover forsikring kan oppleves som en innovasjonsbrems for forsikringsdelen, uten at konsernet i seg selv blir vurdert av intervjuobjektene som svak på innovasjonsfronten. Konsernet blir generelt ansett som en av de bedre på nyskaping på nasjonalt plan med flere store kommersielle suksesshistorier. Dette gjelder imidlertid ikke like mye på forsikring, særlig ikke Personalforsikring, hvor situasjonen ofte er at det blir snakket om, lagt i en skuff og glemt. Årsaker som oppgis av intervjuobjektene er penger, at det ikke er et fokusområde, IT og mangel på innflytelse på grunn av størrelsen av avdelingen.

Når det er sagt er de fleste intervjuobjektene skjønt enige i at det er ikke innovasjonskulturen i avdelingen det står på. Det oppleves som at det alltid er rom og interesse for innovasjon, og får de en mulighet de kan gripe - så gripes den. Det er et relativt fritt spillerom for folk med ideer, spesielt om det er effektiviseringsmuligheter. Særlig piloten på Annen Sykdom – hvor saksbehandlerne har gått fra å kun sende brev til å ha samtaler med alle nye saker, telefonisk oppfølging og bruk av HelseHjelp – trekkes fram som en suksess både for saksbehandler og kunder. Dette blir ansett som innovativt i en relativt liten gruppe men med stor betydning og forbedring. HelseHjelp er derimot den største endringen saksbehandlingsmessig som har blitt gjennomført i avdelingen.

5.2 HelseHjelp

“Vinn for oss, vinn for kunden, vinn for den som er syk, vinn for samfunnet.”
(Saksbehandler).

5.2.1 HelseHjelp og samfunnsansvar

HelseHjelp slår inn på flere nivå. Det er på nasjonalt plan som helhet – med et mål om å kunne hjelpe personer på det personlige og helsemessige plan, både psykisk, fysisk og økonomisk. De aller fleste intervjuobjektene er enige om at målet er å hjelpe samfunnet gjennom å få flere ut i jobb etter langvarig sykemelding – som igjen fører til at de betaler skatt og bidrar i fellesskapet. At dette kan bidra til at ryktet til forsikringselskapene bedrer seg er sett på som en bonus men definitivt en mulighet. Fokuset til intervjuobjektene er i stor grad på at det å kunne bidra med noe på et nasjonalt nivå er givende og positivt. Samfunnets utfordringer i forhold til økning i sykemeldinger og uførhet er noe de aller fleste engasjerer seg i, og få av intervjuobjektene så noe negativt med denne delen av HelseHjelp.

Norge er en velferdsstat hvor det offentlige i hovedsak står for medisinsk behandling og oppfølging, samt NAV, og det er understreket av et intervjuobjekt at det er viktig at HelseHjelp ikke skal bidra til å undergrave velferdsstaten og overdrive bruk av privat helsevesen. Målet er avlastning, ikke overtakelse: “Tenker sånn nasjonalt på samfunnsansvar sånn å få folk i arbeid. Hvis ikke så kneler velferdssamfunnet.”

5.2.2 Den økonomiske og etiske siden av HelseHjelp

Som saksbehandlere i et stort konsern, derimot, er det en selvfølge at dette ikke er et prosjekt hvor det kan tapes penger – helst bør det gi en økonomisk gevinst. Dette er også en typisk tendens ved innovasjonsarbeid - målet er ofte til syvende og sist en økonomisk profitt. Et intervjuobjekt påpeker at det nok stemmer, men samfunnet vil også komme godt ut av det. Målet er heller ikke nødvendigvis å få vedkommende 100 % tilbake i arbeid, kanskje ikke i det hele tatt, “men et så bra liv som mulig”, og innovasjonen beveger seg sånn sett mot en visjon eller et ideal i samfunnssammenheng. Det er ingen illusjoner om å overta jobben til NAV, eller gi folk urealistiske forhåpninger. Målet er å bidra til en forbedring - kanskje i form av delvis retur til arbeidslivet – eller at vedkommende klarer å jobbe i noen år mer enn hva utgangspunktet var. Dette vil ikke være kostnadsfritt, men det er generelt kommunisert ifølge intervjuobjektene at kostnadene vil være lavere enn besparelsene.

Det er en ærlig sak, sier et annet intervjuobjekt, at HelseHjelp er lagd for å spare penger og tjene penger – men målet er ikke å redusere antall skadesaker eller hindre folk i å få erstatning. Det oppfattes at fokuset enn så lenge er på de skadelidende, og på å få dem tilbake i arbeid ikke økonomi og kostnader. Ingen av intervjuobjektene har følt at fokuset har skiftet over til at HelseHjelp skal bli en ny inntektskilde for konsernet, men ser det er en risiko for det. Bekymringen til flere av intervjuobjektene er at utgiftene kan bli for store, og at det kan komme ut av kontroll. Slik HelseHjelp fungerer nå tas det ikke hensyn til yrke, arbeidsprosent eller inntekt i vurderingen. “Hvis vi begynner å knipe igjen fordi det passer oss dårlig, at vi skylder på folk og ikke diagnoser, så begynner etikken å skli ut,» sier et intervjuobjekt. Etikk ligger aldri langt unna i rollen som saksbehandler av personskader, og de fleste oppgir å ha et forhold til etikk også i HelseHjelp-sammenheng. Hvordan HelseHjelp både hjelper saksbehandleren, konsernet

og samfunnet samtidig som det holder seg innenfor etikkens rammer beskrives av et intervjuobjekt:

“Det er en merverdi. Det tror jeg det er i alle sakene, selv om jeg ikke føler det har en verdi, så kanskje det oppleves av kunden som et ekstra ledd der vi har prøvd noe ekstra. Vi har i alle fall prøvd. Jeg tror det også er et mål for konsernet å unngå at folk blir ufør, unngå utbetalinger, men det er helt greit om det betyr at vi utbetaler mindre fordi det betyr at flere er i jobb - så kan det forsvares der. Det står seg, på en måte, det gjør det.” (Saksbehandler)

5.2.3 Endring av den lille skriften

“Den kulturelle endringen av hva forsikring skal være, det tror jeg er framtiden. At man skal være noe som kan hjelpe deg videre, for å bli bedre, ikke bare for å erstatte noe du har tapt. Så det har jeg trua på, men jeg tror vi famler litt, i forhold til hvordan vi skal løse det rent praktisk.” (Saksbehandler)

Flere av intervjuobjektene som har erfaring med HelseHjelp som en innovasjonsprosess oppgir at det er en artigere og mer meningsfull måte å jobbe på, med mer påvirkning og dialog, og en kan bli mer “på” i forhold til kunden, og kan yte bedre service. Et av intervjuobjektene kaller prosessen en “sensasjon” av produktet, som gir store muligheter som ikke var tilgjengelig tidligere. Det å kunne tilby en form for behandling eller oppfølging som ikke var mulig tidligere har gitt saksbehandlerne en ny verdi i arbeidshverdagen sin, og de føler de kan yte kunden – som er i en vanskelig, sårbar og uvant situasjon – ytterligere hjelp og ikke bare være avvisende og vise til strenge vilkår. Et annet intervjuobjekt benyttet ordet “artig” for å beskrive endringens påvirkning på saksbehandlingen.

Prosesen innebærer også at saksbehandlingen av sakene under alle produktene blir mer lik og strømlinjeformet, ettersom de andre produktene i stor grad jobbet slik før, på grunn av tidligere endringer i saksbehandlingen som ifølge flere kan også omtales som innovasjoner. En av disse er utstrakt bruk av telefonen i kommunikasjon med kunden – som i tillegg får saksbehandlers direktenummer - som er svært uvanlig innenfor oppgjør i forsikringsbransjen. Det er en følelse av å komme nærmere på kunden, og fjernere fra automatisering. Men likevel er oppstår det utfordringer ved videreutvikling av prosessen, og oppfatningen er: “Vi er ikke all-in. Vi er litt-in.”

Innovasjonsdriven blir svært påvirket av forsikringsfagets natur – det er bygd opp rundt rigide regler, lovverk og vilkår. Det møtes motstand til endring av disse på alle nivå - inkludert innad i organisasjonen, som hindrer innovasjon og videreutvikling av produktene. Det oppleves som at ingenting kan endres i vilkår, og at en blir motarbeidet om en kommer med forslag til endring. Om ikke vilkårene – som for ordens skyld er nødvendige og avgjørende i et forsikringsoppgjør - kan endres, vil innovasjon av forsikring og videre utvikling av HelseHjelp kunne bli vanskelig og det legger lite grunn til innovasjonsarbeid. I verste fall ender det med at alle bare aksepterer at endring er umulig og som en av intervjuobjektene sa: “En gir opp.”

Det var enighet blant flere av intervjuobjektene at flere endringer må skje på bransjenivå for å få gjennomslag, men det betyr ikke at selskapene må vente på at andre tar initiativet. Posisjonen til Personalforsikringsavdelingen jeg intervjuet er som en av de

største innen Personalforsikring på nasjonalt nivå. Som en del av forsikringsbransjen er en avhengige av å tjene penger, og finne nye måter å tjene penger på. Det er her avdelingen til intervjuobjektene synes å ha funnet en ny innfallsvinkel. "HelseHjelp er vel det nærmeste vi kommer innovasjon," er et fra et intervjuobjekt, mens andre mener ikke at "HelseHjelp som innovasjon har ikke gått langt nok." Det nevnes av intervjuobjektene flere muligheter for å la innovasjonen gå lenger – som et mer omfattende samarbeid med NAV, fastleger og øvrige behandlere. Et intervjuobjekt påpeker at så lenge dette ikke foreligger vil HelseHjelp bare være noe på siden av, og ikke få ut sitt fulle potensiale. Særlig det å ta hele HelseHjelp behandlingen selv utpeker seg, og det vil jeg komme tilbake senere i diskusjonen.

5.2.4 HelseHjelp som innovasjonsprosess

HelseHjelp har blitt omtalt av intervjuobjektene som både "snikende" og "flytende" innovasjon. Med det mener de at den kom gradvis og delvis, uten brask og bram, og det var ingen offisiell kick-off som markerte starten. De husker det har vært snakk om selve konseptet lenge før det fikk navnet, og det har vært en involvering fra starten av, men det har gått langsomt og i litt rykk og napp med lange perioder uten snakk om det. Flere av intervjuobjektene husker en presentasjon fra ledelsen som hadde vært i Danmark hos et forsikringsselskap som tilbød noe lignende, og det ble vist til Sverige som også hadde et forsikringsselskap som nøt stor suksess med et konsept mye mer omfattende enn hva det virket som det skulle peiles inn på i organisasjonen. England og Tyskland ble også trukket fram som suksesshistorier. Det var ingen klar kick-off, men pilotgruppen Annen Sykdom ble satt i gang før navnet var spikret. Flere av intervjuobjektene føler at det ble offisielt da navnekonkurransen som resulterte i navnet HelseHjelp var i gang.

Et problem som trekkes fram av så å si alle intervjuobjekter er navneproblematikken. Ettersom dagens HelseHjelp er et resultat av inspirasjon fra et tidligere produkt, med en liten touch av helseforsikring og påvirkning fra utlandet tok det en stund før det fikk sitt eget navn. Innen navnet var spikret hadde det samme navnet som det eldre produktet, Aktiv Helse. Ettersom samarbeidspartneren til HelseHjelp også er leverandøren av helseforsikringen, er det forvirring der. Flere intervjuobjekt oppgir at de helt ærlig ikke helt forstår forskjellen på helseforsikring og HelseHjelp, utenom at det ene koster penger og det andre er gratis, og savner en bedre kommunikasjon rundt dette. I tillegg har det kommet en såkalt paraplybetegnelse som skal favne over samtlige begrep. Det er en bekymring om dersom saksbehandlerne ikke forstår forskjellen, hvordan skal kundene og de lenger opp forstå det? Det må jobbes med forståelsen av hva HelseHjelp egentlig er.

5.3 Endring i saksbehandlingsprosessen

"Vi endrer egentlig ingenting. Vi prøver oss bare på det lille ekstra." (Saksbehandler).

Ikke alle intervjuobjektene er like enige i at HelseHjelp er fullstendig nytt, men de aller fleste intervjuobjektene enige om at det er en ny måte å jobbe på, da spesifikt med selve tilbudet HelseHjelp, og at det for noen oppleves mer som en forbedring av eksisterende tilbud. Det å ha en tredjepart i saksbehandlingen form av Falck er en nyskapning, selv om de også tidligere har samarbeidet med tredjeparter utenfor organisasjonen. Som tidligere nevnt er endringen større for de som jobber med Annen Sykdom, selv om de andre produktene også er berørt av endringen. Det påpekes at noe grunnlaget for å få en suksessfull gjennomføring allerede var lagt i allerede utstrakt bruk av telefon, og ikke minst at saksbehandlerne står svært selvstendige i saksbehandlingen. En av

intervjuobjektene påpeker at innovasjon i seg selv er risiko – det koster blant annet å være den innovative i et marked – men nesten alle avgjørelsene som gjøres i saksbehandlingen er tatt på bakgrunn av en eller annen form for risikovurdering. Forsikring er risikovurdering. Saksbehandlingsmessig var derfor Personskade forberedt, ifølge intervjuobjektene.

“Nå er jo HelseHjelp avhengig av den praktiske implementeringen – og det er jo oss (...) Det er jo vi som er driveren, HelseHjelp er helt avhengig av at vi bruker det. Det er et eneste som vil gi de litt lenger opp i systemet historier og tall, og for å se effekten, det er oss. Det er oss, saksbehandlerne, som driver HelseHjelp. Også er det andre som nyter godt av at vi bruker det.” (Saksbehandler)

5.3.1 Tiden etter piloten

Da pilotgruppen var ferdig ble resten av produktene bare “med”, uten at det var en ny kick-off eller noe annet enn en forståelse for at det nå gjaldt for alle. For de andre, utover Annen Sykdom, ble ikke endringen opplevd som like omfattende. Intervjuobjektene forklarer at de i stor grad har jobbet slik før HelseHjelp ble introdusert. Et intervjuobjekt forklarer: “Alltid ringt, alltid spurt hvordan det går, hvilken behandling – hvordan føler du selv?” Oppfattelsen er at om noe har HelseHjelp satt det mer i system og gjort konseptet som en del av Personalforsikring og gjort forsikringen mer salgbart, ved å sette et navn på en tankegang som alltid har vært der. Andre opplever at HelseHjelp har ført til en ny tankegang, hvor det går fortere å få avklaringer, og at fokuset flyttes til å se lønnsomheten i å hjelpe folk i stedet for å bare si nei og avslutte saken. For Annen Sykdom sin del innebærer dette et nærmere forhold til skadelidte, som de øvrige produktene mener i stor grad å alltid ha hatt. Fordelen slik intervjuobjektene ser det er at det er enklere for utenforstående å se hvordan avdelingen jobber, og at alle ideelt sett tilbyr skadelidte den samme saksbehandlingen uansett produkt.

Det at HelseHjelp blir framstilt som en helt ny genial ide, når det samtidig oppfattes av intervjuobjektene som en annen versjon eller konkretisering av noe de allerede jobber med, oppleves av flere som litt rart. Det er en tilnærmet lik prosess, kanskje uten like mye substans, tyngde og et konkret navn, har ikke blitt plukket opp som god saksbehandling tidligere som nå hylles som en helt ny innfallsvinkel. Imidlertid er det også i følge et intervjuobjekt en fordel, i form av å kunne markere seg tydeligere i et stort konsern, og få flere til å forstå hva som egentlig foregår i avdelingen:

“HelseHjelp er en brekkstang for oss til å vise hva vi kan, og gjennom HelseHjelp at vi kan hva vi driver med, hvor mye penger, hvor kompliserte sakene er og hvor mye ansvar saksbehandleren har og de store mulighetene. Dette blir ikke kommunisert godt nok. Dæven de er gode!” (Saksbehandler)

“Det aller viktigste er å gjøre det sånn at den enkelte saksbehandler ‘Her har du et verktøy du bestemmer selv over’, og innse det og bare ‘Åja, sånn skal det brukes’ og oppleve nytten av det. Men en kan ikke si en har opplevd nytten av det og erfaringen uten å bruke det, for å skape seg en erfaring først da kan en se den faktiske nytten av det.” (Saksbehandler).

5.3.2 Selvstendige og selvbestemte saksbehandlere

“Jeg kan velge å ikke bruke det, men jeg har valgt å bruke det likevel, for å prøve ut og skape erfaringer. Men ingen som gjør noe om jeg slutter. Og det er veldig positivt.” (Saksbehandler).

En saksbehandler har i utgangspunktet saken fra A til Å. Det opereres med porteføljer, og saksbehandleren innflytelse på sakens gang, utvikling og avgjørelse er stor – riktignok innenfor vilkårenes rammer. Intervjuobjektene oppgir at deres selvstendighet, ansvar og kontroll over egne saker er uhyre viktig og givende i rollen som saksbehandler. Jeg nevner vilkårene fordi de kan oppfattes som hemmende for innovasjon, men de er også viktige og avgjørende for saksbehandlingen, på godt og vondt. De påser i stor grad lik behandling, selv om saksbehandlerne opplever de som utdaterte og lite fleksible.

Den selvstendigheten saksbehandlerne sitter med i saksbehandlingen påpekes av nær alle intervjuobjekter som en stor fordel og avgjørende i forhold til bruken av HelseHjelp. De opplever ikke å ha fått utvidet eller begrenset selvstendighet som følge av HelseHjelp, men det påvirker likevel saksbehandlingen. Det er saksbehandlerens oppgave å avgjøre hvem som skal få tilbud om HelseHjelp. Denne vurderingen tas på bakgrunn av interessen, den medisinske situasjonen og hvor de er i behandlingsplanen, som allerede er vurderinger saksbehandlerne gjør. Dette er ifølge intervjuobjektene basert på eget skjønn og frie tøyler, som gjør det til et fleksibelt og dynamisk verktøy, og en naturlig del av saksbehandlingen. På den måten omgås de rigide reglene til forsikringsbransjen, som tidligere nevnt kan virke hemmende på innovasjon. HelseHjelp har nemlig per dags dato ingen forsikringsvilkår.

“Jeg føler at det har vært en veldig positiv ting i verktøykassen, å liksom kunne tilby. Fordi det ikke er noe som har tatt energi fra jobben for øvrig fordi vi siler jo som sagt hvem som får tilbud, og opplever jo at de sier ja.” (Saksbehandler)

Sitatet representerer det som i teorikapitlet ble omtalt som en konstruktiv, positiv og aktiv reaksjon til endringen HelseHjelp påfører saksbehandlingen. Saksbehandleren har direkte påvirkning på hvordan HelseHjelp blir benyttet og reaksjonen på endring vil påvirke hvordan det blir brukt. Intervjuobjektene er for eksempel klare over faren for diskriminering eller forskjellsbehandling. Hvis en saksbehandler ikke benytter HelseHjelp, men kunden ville fått det via en annen saksbehandler – det er noe alle intervjuobjektene har et aktivt forhold til at må unngås. “Ja, fordi jeg synes det er kanskje litt for tilfeldig hvem som får tilbud, og hvem som ikke får det.” Intervjuobjektene oppgir et veldig ansvarsforhold til sakene sine.

5.3.3 Implementeringsutfordringer og muligheter i saksbehandlingen

“Jeg har stor påvirkning men benytter meg lite av den. Jeg er mer... Jeg tror det er muligheter, jeg tror bare folk ikke... verken orker eller ser potensialet, og da orker en ikke i en travel hverdag sette seg ned og tenke hvordan vi gjøre det blir sånn...” (Saksbehandler).

Sitatet over beveger seg mot en passiv innstilling til endringen, men ikke en aktiv motarbeider av HelseHjelp. Å fokusere på den ekstra tiden det tar er en typisk utfordring i serviceinnovasjon, som en kan plassere HelseHjelp innenfor. I telefonsamtalen kan det medføre mer spørsmål og lengre samtaler, og oversendingen har sine svakheter, det

samme med oppfølgingen og fakturaene som kommer fra Falck. Typen forsikringsprodukt avgjør også i stor grad bruken. I tillegg kommer denne endringen på toppen av all vanlig saksbehandling. Der hvor Annen Sykdom i utgangspunktet tilbyr det på alle nye saker er ikke rammene like klare på de andre produktene. Årsaken til dette er blant annet omfanget på skadene som meldes inn, og de potensielle konsekvensene som svinger veldig. En bekymring er at rammene mellom produktene viskes bort og kompliserer mer enn det forenkler. En annen utfordring er forventningsavklaring med kunden, men et intervjuobjekt påpeker at forventningsavklaring er allerede en stor del av saksbehandlingen og ikke noe som er kommet som konsekvens av HelseHjelp.

“Jeg har nok ikke spart tid på det. Jeg har brukt en del tid på det som ikke er inntjent igjen. Men jeg tror også at... det forbedrer opplevelsen til skadelidte i flere saker (...) fordi det er et positivt tilbud å få når du er i en usikker situasjon.” (Saksbehandler).

I et ledd for å øke antall saker som blir behandlet under HelseHjelp ble det foreslått bruk av premier eller lignende. Her splittes intervjuobjektene. Det går fra “Ja! Det hjelper!” og “Det trenger ikke være dumt med en konkurranse da (...) En frokost er jo nok til at folk synes det er kjempe greit,” til “Konkurranse, jeg vet ikke. Da må det være tidsbegrenset, kortvarig det tar tid, vi har mye å gjøre. Det kan fort heller bli et irritasjonsmoment,” og “Nei, ikke premiering. Jeg tror vi må få kunnskapen om at dette er nyttig. Jeg tror ikke de er interessert i å være med på en konkurranse om en ekstra kaffekopp og bonuser er jo uaktuelle i dette selskapet.” Det blir nevnt en måling i begynnelsen som ble premiært med lunsj. Flere intervjuobjekter trekker også fram at premie kan føre til feil fokus – at en gjør det for bonusen eller premien, ikke av tro på prosjektet. Det er generell enighet om dersom det skulle bli behov for premier, måtte premieringen gå på alle – ikke enkeltindivider.

Motivasjon kommer ifølge intervjuobjektene fra erfaring, som blir vanskelig om ikke nok saksbehandlere benytter den. Det etterlyses ambassadører, fra de som har mye erfaring, for å spre positivitet og gi ny giv. Mangel på ambassadører gir grobunn for de negative tankene og gjør at de negative erfaringene trekkes fram.

“En får ikke implementert noe før en legger føringer på hvordan det skal være. Om en legger opp til for folk flest å ta det i bruk eller la være, så vil en holde seg på det trygge, kjente rutinen en har. Det er et enkelt valg.” (Saksbehandler).

Noen av intervjuobjektene reagerer på at folk ikke gjør det de blir bedt om, og synes det er rart. For eksempel uttaler intervjuobjekter: “Men jeg føler at jo at det er... at vi gjør det jo fordi vi får beskjed om å gjøre det,” og “Det er den pliktoppfyllende delen av meg. Har fått en arbeidsoppgave og prøver bare å... utføre.” I følge noen av intervjuobjektene er det en viss grad av at de gjør som de blir bedt om, som følge av at de er lojale til sin arbeidsgiver. Dette berører en annen kombinasjon av reaksjon til endring – passiv og lojal. Dette kan komme av at det er minst motstands vei, ved å gjøre kun det som er forventet av seg, og ikke noe mer.

Samtidig viser andre intervjuobjekter til en manglende overbevisning, at de ikke kjøper tilbudet 100 %. Mye av årsaken er mangel på “bevis” - at de ikke helt ser hvordan dette egentlig har betydning på om folk kommer tilbake i jobb eller ikke. Det finnes flere “suksesshistorier”, men flertallet av intervjuobjektene føler de er få, vanskelig å identifisere mot egne saker, og at det er vanskelig å bevise at de ikke uansett ville vært

suksesshistorier – med eller uten HelseHjelp. Det savnes en koordinator eller lignende som har kontroll på alle sakene, tilgang på tallene og kan gi direkte tilbakemelding. Usikkerhet i forhold til Falck og roller gjør folk skeptiske, samtidig som det endrer saksbehandlerrutinene. Et intervjuobjekt uttaler: "Jeg vet ikke om verktøyet er godt nok ennå, men det har ikke vært der på samme måte før."

Det påpekes også i et intervju at i en innovasjonsprosess må det være rom for kritikk og spørsmål. Innovasjon er en forbedring, men den må også tåle utfordring på innhold og bakgrunn. Intervjuobjektet mener at det vil kunne forbedre innovasjonen, og sannsynliggjøre at den forblir en varig del av saksbehandlingen, jo mer saksbehandleren er involvert og får si meningen sin. Dette påvirker også motivasjonen for videre bruk. For eksempel er det foreslått å forenkle oversendelsen med en nettløsning eller lignende.

5.3.4 Tvang som mulighet

Å ta selvstendigheten vekk fra saksbehandlerne er det unisont enighet om at ville vært verste mulige utvei. Intervjuobjektene oppgir de ville følt seg vingeklipt, det ville vært "drepn" og HelseHjelp ville lide ytterligere ettersom saksbehandleren ville mistet troa på det, særlig ettersom målet er et bedre og helhetlig oppgjør, både for saksbehandler og kunde. I pilotgruppen var det «obligatorisk» å tilby HelseHjelp i telefonsamtalene. Saksbehandler skulle ikke vurdere saken i forhold til behov, men forsøke å tilby til flest mulig. Dette utviklet seg til at saksbehandler likevel gjorde en vurdering basert på telefonen, og HelseHjelp tilbys ikke obligatorisk på alle Annen Sykdom saker i dag. Ettersom de øvrige produktene aldri hadde en pilot, ble det heller ikke prøvd ut på samme måte, men muligheten er der. Saksbehandlerne kan bli pålagt å tilby HelseHjelp i alle saker, som en form for tvang. På et direkte spørsmål om reaksjonen ved tvang svarte et intervjuobjekt: "Kjempenegativt. Utrolig bortkastet. Ekstremt mye merarbeid, forsinkelse i portefølje, Det hadde vært veldig negativt, og vært enda mindre giret på å bruke det da (...) At vi er de rette til å ta den vurderingen sak etter sak." Andre intervjuobjekter viser til en bekymring for sykeliggjøring av folk, og i verste fall påføre helsevesenet ytterligere belastning.

Det er imidlertid en generell forståelse blant intervjuobjektene for å kunne bruke tvang for å framtvinge flere tall og tilfeller, som en måte å få saksbehandlerne ut av komfortsonen på, men da må det komme med konkrete mål - og hvordan det skal måles. I dag er målene i hovedsak hvor mange saker som meldes, og det er opp til saksbehandleren å melde ifra om suksesshistorier og lignende.

5.3.5 Produktforskjeller

"Vi har lykkes godt med implementering der det var viktigst for oss på Annen Sykdom. Men det er mye å hente på å bli bedre på Annen Sykdom." (Saksbehandler).

Det er generell enighet blant intervjuobjektene om at implementeringen hittil har vært en suksess med Annen Sykdom, men flere mener det er ingen direkte overførbarhet mellom produktene. Forskjellige produkter har forskjellige forventinger, forskjellige vilkår og forskjellige utgangspunkt. Der hvor Annen Sykdom egentlig ikke har en behandlingsutgiftspost, har yrkesskade nesten ingen begrensinger for hvor mye som kan dekkes. Det er også forskjellige krav på hva som utløser erstatning på ulykkesforsikringene sammenlignet med uføreforsikringen. De øvrige produktene har også en ytterligere tredjepart som Annen Sykdom sjeldent møter - advokater. Det finnes

også produkter hvor HelseHjelp ikke har blitt tatt i bruk, men hvor mulighetene er store. Innsalget av HelseHjelp må foretas på en annen måte mot saksbehandlerne av de øvrige produktene, som ikke ser de samme fordelene som Annen Sykdom. Oppmerksomheten og fokuset må opprettholdes for å påse at HelseHjelp blir vedvarende og en del av den faste rutinen, for hele avdelingen.

Inntrykket til intervjuobjektene er at på grunn av Annen Sykdoms pilot og påfølgende suksess har produktene hatt svært forskjellige neste steg på reisen. Der hvor Annen Sykdom har forbedringspotensial, føles det litt som at de øvrige produktene bare henger så vidt med. De har ikke fått sin egen pilot, og det er ikke kartlagt hvilke behov som finnes og ingen samarbeidsmøter med Falck. Det etterlyses også erfaringsutvekslinger innad produktene. Saksbehandlerne må på egen hånd finne ut hvor de tror det blir aktuelt og hva som kan tilbys. Samtidig er dette en del av den selvstendigheten de ikke ønsker å miste.

Som en konsekvens blir tallene som blir presentert blir vanskelige å forholde seg til, og det føles urimelig å sammenligne produktene. Andre intervjuobjekter føler at selve implementeringen har stanset litt opp – som om målet er nådd - uten at dette er tilfellet.

5.4 Ledelsens rolle

“Det er ledelsen som er pådriveren. Det er artig når en nær leder er så engasjert og får til så mye. Det er inspirerende.” (Saksbehandler).

På bakgrunn av intervjuene kommer det fram at det generelle inntrykket er at driveren bak HelseHjelp er en av de nærmeste lederne, som står ansvarlig for implementeringen, og at dette ikke er noe som kommer fra toppen. Som konsekvens oppleves det som at saksbehandlerne har tilnærmet 100 % påvirkning på HelseHjelp, det er kort vei til toppen - så kort at “føler vi nesten sitter der, på toppen.”

5.4.1 Tall og målbarhet

Det er også i stor grad forventet at lederne skal ta initiativ og gjennomføre innovasjon, og skape begeistring gjennom storytelling. De må klare å få med seg folk – og få de til å være villige til endre måten de jobber på. Dette krever en tilrettelegging fra ledelsens side. Det blir kommentert fra intervjuene at mange saksbehandlere er veldig opptatt av mål og tall og bruker det som motivasjon, men de innser at ikke alt nødvendigvis er målbart. HelseHjelp skal ikke måles i antall penger brukt, spart eller færre skadesaker, det skal mer være en effekt. Et intervjuobjekt foreslår å vise effekten før og etter HelseHjelp, men påpeker samtidig at den effekten kan bli vanskelig – fordi hva er det som skal være resultatet? Det er også vanskelig i forhold til feilkilder og dårlig utviklet IT til formålet. Er suksesshistorier tilstrekkelige? De fleste av intervjuobjektene sier nei.

“Hva kan en si etter å ha meldt 5 saker. Kan en da si noe ut i fra det tallgrunnlaget? Nei, ingenting, det er helt umulig. Du kan kanskje klare å skape en god historie av en av dem, men det er trolig helt tilfeldig.” (Saksbehandler).

Et intervjuobjekt sier "Jeg tror at vi trenger litt mer sånn gladhistorier, for at det skal blomstre framover," mens et annet sier "De biter ikke på." Det påpekes også i et intervju at en ting er at saksbehandlerne ikke får tall og mål og forholde seg til, men hva vil skje når en kunde ber om det? Vil suksesshistoriene være nok? Det vil, ifølge et intervjuobjekt, fort føre til et forklaringsproblem om kunder eller lenger opp i hierarkiet begynner å stille spørsmål eller be om tall. Har det noen effekt? Hjelper det noen?

Intervjuobjektene kommer også innom temaet om kostnader. Går det mer penger ut enn det kommer inn? Hvor lenge kan ledelsen si det skal gå før noen reelle tall eller form for bevis? Det er en oppfatning om at tallene finnes, men noen må finne dem og vise dem fram. Kostnader og lønnsomhet blir sett på som et lederansvar, men saksbehandlerne er interesserte fordi det er de forholder seg til risiko, og ettersom det er de som som utbetaler pengene har de et aktivt forhold til det.

"Det vi bruker på behandling er bare småpenger i forhold til hva en utføreutbetaling innebærer. Både for oss og samfunnet. (...) Kan vi holde dem i 1-2 år ekstra er det samfunnsøkonomisk det og, og bare det å motivere folk og få dem til å vite at det er lurt både for psyken og helsa å være i jobb. Det skal alltid lønne seg å være i jobb. I forhold til en framtidig inntekt i et langt løp så vil den engangsutbetalingen aldri svare seg, uansett."

Det finnes imidlertid en avdeling som kan telle det aller meste. Salgsavdelingen viser til økt salg av forsikringer etter introduksjonen av HelseHjelp på grunn av dens unike natur i forsikringsssammenheng, men det blir stilt spørsmålet - handler det da kun om profit?

5.4.2 Evalueringsbehov

"Det savnes en evaluering underveis. Strømlinjeformer etter hvert som en får erfaringen. Ok, vi implementerer et nytt produkt – hurra. Men du bør kanskje evaluere etter et halvt år eller ett år - for å forbedre, for alles interesse både som skadelidt og vi som saksbehandlere, at... vi vet hvor vi skal trykke for å få ting til å skje." (Saksbehandler)

De fleste av intervjuobjektene mine støtter ønsket om en evaluering. Det oppgis en følelse av å gå litt i sirkler uten å vite noe, føre saker over til Falck uten å vite om det har betydning, en hører rykter og savner samarbeidsmøter. Mange har få hvis noen erfaringer, og dårlige erfaringer har en tendens til å trumfe gode erfaringer. En av intervjuobjektene nevner: "Gjensidige prøvde en sånn type tilnærming uten at det lyktes så veldig der, kanskje det skulle vært avsjekket mer mot dem og lært av erfaringen. Hva gikk feil?" Dette er det flere av saksbehandlerne som har kunnskap og erfaring med. Hva er annerledes med HelseHjelp enn det Gjensidige hadde? Intervjuobjektene har mange spørsmål de savner svar på, som de mener hovedsakelig må komme fra ledelsen.

For å få den tilstrekkelige erfaringen, mener en av intervjuobjektene at det krever mer av saksbehandlerne. En må innse at det ikke er tilstrekkelig å ha 5 saker gjennom HelseHjelp, og legge det til grunn som tilstrekkelig for erfaring. Den dårlige erfaringen må også evalueres – hva var dårlig, hva kan forbedres? Det må vises til en effekt for å gi positiv innstilling.

"Vi må begynne å sette det i et system på en måte, en evaluering – er så kjedelig det og - nå pøser vi på med saker, og håper det ordner seg på et magisk vis, og håper det er

nok med det. Vi har ingen reell oversikt, ikke noe system, utenom et Excel-ark.” (Saksbehandler).

Nevne Excel-ark har ikke et skille mellom nye sak eller gammel saker, og blir brukt av en brøkdelen av saksbehandlerne. Erfaringsutvekslingen har i hovedsak vært rundt kubene med medarbeidere, og det etterlyses mer klare møter eller erfaringsutvekslingsforum. Noen av intervjuobjektene nevner en evaluering, som andre ikke husker. Det er uansett enighet om at det følges altfor dårlig opp. Fokuset er der innimellom, men så sklir det litt ut og trøkket forsvinner. I tillegg kommer den normale saksbehandlingen, hvor det er det sedvanlige fokuset på hvor mange nysaker som er tatt, hvor mange som er avsluttet og så videre.

“Når en til slutt uansett blir målt på helt vanlige tall, liksom, som egentlig sier veldig lite om den totale arbeidshverdagen din da så... da... det skal mer til for min del at jeg blir kjempeengasjert i innovasjon og nyskaping.” (Saksbehandler).

5.4.3 Toppledelsen

“Vi har klart å gjøre noe som har gitt lyd lenger oppover.” (Saksbehandler).

Posisjonen som en mindre avdeling i et konsern som ikke har forsikring som sitt hovedområde kommer med utfordringer. Flere av intervjuobjektene påpeker at det har vært et vedvarende problem at det føles som at de som er lenger oppe i hierarkiet egentlig ikke vet hva oppgjørsavdelingen Personskade driver med. Dette har ført til frustrasjon og irritasjon. Gjennom HelseHjelp har det blitt tydeligere at toppledelsen har fått interesse. Det begynner å bli “litt oppmerksomhet rundt det fantastiske vi driver med”.

“Men på en måte, da du får et navn, så blir det litt sånn opphøyet som at det er noe som er veldig bra, så viser det seg jo at vi – at det blir mer satt pris på selve oppgjørsjobben enn det er gjort før. Det er jo en litt mer innovativ tankegang enn før, kanskje.” (Saksbehandler).

Det er fortsatt et inntrykk av at de ikke helt skjønner gangen i Personskadeoppgjør, men det er noe fint å ha et nytt verktøy de forstår å tilby. Ledelsen de snakker det jo fram og det oppleves som at det er en utfordring å få “go” også i tilfeller som omhandler HelseHjelp. Det har en tendens til å stoppe opp, og HelseHjelps framtid er helt avhengig av støtte fra toppen. Toppledelsen må se hele konsernet som helhet – kommer det ikke gode nok resultater av betydning kan HelseHjelp stenges i morgen. Interessen må opprettholdes, og den er der, enn så lenge.

“Jeg er usikker på om de lenger opp forstår at det fortsatt er saksbehandler som behandler saken, som avgjør om HelseHjelp skal benyttes, hvor mye penger skal brukes, hvilken behandling aksepteres (...) Saken blir aldri løst med HelseHjelp alene, det er det kun saksbehandler hos oss som løser, men jeg er usikker på om personer lenger opp og bort fra oss forstår det.” (Saksbehandler).

På grunn av nærheten til lederen som initierte innovasjonsprosessen, derimot, virker ikke intervjuobjektene særlig opptatt av direkte støtte fra toppledelsen for å benytte verktøyet.

5.5 Ekstern samarbeidspartner

En avgjørende del av HelseHjelp er den eksterne samarbeidspartneren Falck, som skal assistere kundene som ønkser HelseHjelp. Uansett hvor mye saksbehandlerne føler de ringte og fulgte opp kunden før HelseHjelp, innebærer Falck noe fullstendig nytt for de aller fleste.

5.5.1 Falck

HelseHjelp er et saksbehandlerverktøy hvor store deler av prosessen er levert av den eksterne tredjeparten Falck. En innovasjonsprosess kjennetegnes som nevnt i teorikapitlet i stor grad av et tett samarbeid med flere aktører som bidrar både på forskjellige kunnskapsnivå og organisatoriske grenser. Nettopp det at HelseHjelp har tatt steget ut av bedriften og vokst fram som en samhandling mellom flere organisasjoner, bekrefter at det er en innovasjonsprosess etter moderne krav.

Dette igjen krever at menneskene i de forskjellige organisasjonene samarbeider og deler kunnskap på tvers av organisasjonene, gjerne med et mål om langvarig samhandling. I HelseHjelps tilfelle berøres alle tre samarbeidsgrensene som ble nevnt i teorikapitlet – de organisatoriske, geografiske og faglige.

5.5.2 Sparringspartner og bremsekloss

Flere av intervjuobjektene ser fordelene med den eksterne samarbeidspartneren. Konseptet HelseHjelp blir styrket av å ha en organisasjon som ikke er et forsikringsselskap, og som sitter på kompetanse og et nettverk som ikke kan tilbys av forsikringsselskapet. Særlig Falcks sosionombakgrunn og deres faglige tyngde og kompetanse i forhold til NAV, hva det offentlige dekker og tilbyr trekkes fram som viktige både for HelseHjelp og for saksbehandlerne. Flere av intervjuobjektene trekker fram Falck som en sparringspartner, og har høy tillit til dem.

“Også får en jo – jeg får tilbakemeldinger fra saksbehandleren i Falck og kan snakke med dem, og får nytt innblikk i saken og deres vurdering og det... det er fint med at det er noen andres øyne enn mine som ser på det og.”

Intervjuobjektene oppgir at de har et generelt godt inntrykk av Falck, men at deres manglende kunnskap om forsikring kan bli en utfordring, særlig når det blir spørsmål om kostnader. Et intervjuobjekt sier: “De fungerer greit for vårt produkt. Jeg forstår at de andre produktene har en annen erfaring (...) Kan ikke forvente at de kan forsikring som vi kan.”

“Så lenger de ikke leverer bedre enn de gjør nå - det er der det stopper. Vi gjør så mye bra hos oss, og jeg vet 100 % sikkert at den jobben de gjør kan vi gjøre like bra eller bedre. Så lenge de ikke får det til bedre er de bare en tidstyv.” (Saksbehandler)

Sitatet over berører en destruktiv reaksjon til endringen, som det vil bli flere eksempler på senere. Det er manglende interesse for samarbeid, mye fordi flere av intervjuobjektene oppfatter ikke Falck som gode nok, og at Personskade egentlig ikke har bruk for dem. Falck oppleves som konfliktsky, redd for avgjørelser, for snille og klarer

ikke skjære igjennom. Den individuelle friheten som en saksbehandler hos Personskade har, oppleves ikke å være tilfellet i Falck, som hindrer samarbeidet. Hos disse intervjuobjektene er tilliten til Falcks saksbehandlere lav. Den faglige bakgrunnen er også oppfattet som utilstrekkelig – fordi fokuset blir feil. Deres rolle som sosionomer fokuserer lite på jus og begrensinger som finnes i forsikring, og de har ikke et aktiv forhold til risiko og økonomi. Det forventes også at de ikke skal opptre som et forsikringselskap, så linjen Falck skal balansere på er tynn.

Tverrfagligheten, som tilbys gjennom et tverrfaglig team bestående av leger, sykepleiere, fysioterapeut og psykolog, trekkes også fram som en fordel og en luksus som folk flest ikke opplever på sykehuset. Den medisinske kunnskapen, hvor de kan anbefale eller fraråde behandling som kan oppfattes som alternativ eller unødvendig, sparer både tid, penger og kunden for unødvendig behandling. Av andre intervjuobjekter oppgis at de medisinske avgjørelsene er tvilsomme, og fullmakts- og informasjonsinnhenting oppleveres som overdrevent og belastende for helsevesenet. Det er også en bekymring for sykeliggjøring - at om noe blir presentert på feil tidspunkt av feil folk kan HelseHjelp i verste fall bli en hvilepute, som fungerer mot sin opprinnelige funksjon.

“Fordi det som skjer nå er jo at kundene er gjennom en fullmaktsmølle som – Falck har jo ingen beslutningsrett. Kan jeg sende til behandling? Fullmakt fra oss, fullmakt fra kunden, fullmakt til Falck – de skal ha informasjonen, vi skal ha informasjonen... det er... det er en ulogisk prosess.”

“Jeg vil ikke si det gir merarbeid i det store bildet. Det gir mer gevinst og de sakene hvor en bruker det (...) De som påstår det er merarbeid de ser ikke helheten, det store bildet, eller gevinsten av å bruke bittelitt mer tid i starten, og det vil spare deg for tid senere i saken.”

Kritikken mot Falck er mye basert rundt tid – at de ikke følger opp fort nok, ikke ofte nok og informerer ikke saksbehandler godt nok og i tide. Det tar tid å sende over dokumentasjon, og det oppleves sen tilbakemelding, og da sjeldent noe skriftlig. Hastesaker blir ikke behandlet annerledes enn andre saker.

5.5.3 Forbedringspotensiale

Nettverket, som er bygd opp rundt Helseforsikring, er også avgjørende, og noe forsikringselskapet ikke har noe tilsvarende selv. Det er imidlertid også oppfattet som mangelfullt, og lite interesse fra Falck til å oppdatere det med nye instanser. Falck er ikke alene i samfunnet med et slikt nettverk, og det kan kjøpes andre steder.

Det sees potensiale i å forbedre samarbeidet og redusere avstanden - både geografisk og sosialt – kanskje ved å sette større krav og forventninger. Flere av intervjuobjektene etterlyser flere samarbeidsmøter med Falck, flere fysiske møter og legge bedre planer sammen. De er, for eksempel, ikke særlig tilgjengelige på telefon, som er et kommunikasjonsmiddel Personskade bruker i svært stor grad. Flere av intervjuobjektene påpeker at Falck blir gjerne sett på noe eksternt også for Personskade, som “de andre”. Det er ikke et tett nok samarbeid, blir en både fysisk og kulturell avstand imellom.

5.5.4 Kunden i fokus

Kunden blir også trukket fram som et viktig element, som den også er i innovasjonsprosesser. Der hvor Falcks fordel er at de ikke er et forsikringsselskap og kan hjelpe kunden mot NAV og behandling, er også kritikken fra intervjuobjektene omfattende. Det er en bekymring for at kundeforholdet kan skades, ettersom saksbehandleren får lite informasjon om hva kunden og Falck snakker om. Det refereres til spesifikke saker hvor forholdet mellom forsikringen og kunden var bra fram til Falck ble koblet på, og at saksbehandler måtte bruke mye tid på å hente inn tilliten til kunden igjen. Det trekkes også fram som en mulig omdømmerisiko, og en mangel på kontroll som flere av intervjuobjektene ikke ønsker å gi fra seg. Det blir også trukket fram tilfeller hvor Falck har opptrådt som en slags "mild advokat" - og bedt forsikringsselskapet om å utbetale akontobeløp til kunden, og med det involvert seg direkte inn i saksbehandlingen utover det de skal. Den uklare rollen og ansvarsområdene slår direkte inn på både kunde, omdømme og samarbeid.

"Nå får jo Falck skryt for ting vi har gjort." (Saksbehandler).

Flere av intervjuobjektene trekker fram at både kostnadene og opplevelsen av Falck som et unødvendig ledd tyder på at dette er en leveranse som bør være in-house. "Hva blir det egentlig å koste? Vi vet ikke. Hvorfor betale noen for noe vi kan gjøre selv?" Noe de aller fleste av intervjuobjektene var enige i var den mangelen på "cred" samarbeidet med Falck har medført.

"Blir litt sånn irritert – Falck har spart så og så mye – men det undergraver jo alt arbeidet vi har gjort, alle samtalerne vi har hatt. Hvor mange timer har vi snakket vs Falcks halvtime? Det kommer litt feil. Blir ensidig fokus." (Saksbehandler).

"Det er litt demotiverende at Falck nå får skryten vi skulle hatt hele veien" og "Vi hadde trolig kommet fram til samme konklusjon vi og, men så får de all creden" er andre typiske sitater som beskriver følelsen. Dette igjen fører til overbevisningen som flere av intervjuobjektene har om at det ville vært bedre om HelseHjelp ble gjennomført fullt og helt innenfor organisasjonens vegger.

5.5.5 In-house-løsning

"Hadde vi hatt en slags mini-Falck in-house. Tatt det vi hadde av ekspertise på huset – vi har jo utdanna både sykepleiere, fysioterapeut og leger tilgjengelig – de kunne tatt tak i det, sluset det in-house i stedet for videre til Falck." (Saksbehandler)

Intervjuobjektene mener at kartleggings samtalen som Falck gjør kunne fint ha vært gjort av saksbehandlerne på Personskade, som allerede har nært tilsvarende samtaler på telefonen med kundene. Ved å ta hele HelseHjelp selv unngås flere ledd, kunden får bare den ene saksbehandleren å forholde seg til, det ville blitt kompetanseutvikling og blitt mer attraktiv arbeidsplass. Et alternativ som foreslås er altså et slags "mini Falck" - hvor de mer komplekse sakene kan sendes videre ut av organisasjonen. Det påpekes at det å sende sakene over til en tredjepart øker avstanden til kunden, og gir en profitt til Falck som Personskade kunne ha beholdt selv. Flere intervjuobjekter er overbeviste om at dersom HelseHjelp skal overleve, permanent, er det viktig å trekke det innenfor organisasjonen. Et intervjuobjekt uttaler:

“Hvis de blir fulgt opp av Falck, hva er da vår jobb? Vi bare sluser hit og dit, betaler regningene, da trenger vi ikke lenger faktisk saksbehandle, og undergraver vår egen jobb. Vi risikerer å bli redusert til callsenter.” (Saksbehandler).

Noen av intervjuobjektene bekrefter en underliggende frykt for overtakelse, hvor saksbehandlerne oppfatter Falck som en trussel mot sin egen rolle eller stilling, og er bekymret for å bli en ren utbetalingsenhet hvor saksbehandlerens selvstendighet forsvinner, hvor ingen vurderinger tas, eller har noen form for kontakt med kunden. Her foreligger det en reell fare for å utvikle en destruktiv tankegang rundt HelseHjelp. Det etterlyses mer informasjon om Falcks rolle, og ønske om kompetanseheving innad i avdelingen. Andre synes de oppgavene Falck har virker såpass interessante at de gjerne vil gjøre dem selv, da helst via in-house-løsningen. Det foreligger også en bekymring for hvordan dette blir vurdert lenger oppe i hierarkiet: "(...) at det oppover i rekkene kan det virke som at det nesten oppfattes som at Falck gjør arbeidet og får avsluttet sakene." Andre innspill var at saksbehandlerne på egen hånd ikke har tid eller er i stand til å drive det på egen hånd i dag, men at jo mer en lærte fra Falck, jo enklere ville det bli i framtiden. Andre ser fordeler med Falck som en ekstern tredjepart:

“Ideelt sett fint å ha en nøytral part som tar den medisinske biten, holder oss på avstand fra antakelsen av at vi kun vil tjene penger. Det er min frykt, fordi hvis vi tar hele greia så er jeg litt usikker på om vi får med oss de syke på å dele så mye som de gjør.» (Saksbehandler).

Ikke alle intervjuobjektene delte planen om å overta hele HelseHjelp. Særlig en av intervjuobjektene var veldig klar på at Personskade ikke måtte glemme hvor små de var i konsernet de tilhørte, og at kostnadene ved å sette opp noe tilsvarende som Falck in-house ville være mer enn det var verdt. Det går også utover konsernets kjernevirksomhet, som er finansielle tjenester, og så det som vanskelig å få gjennomført. Andre spilte inn viktige punkter som kostnadene ved å opprette sitt eget nettverk, kompetanseutvikling og generelle kostnader knyttet til å starte noe eget fra bunnen.

5.6 Øvrige tredjeparter

HelseHjelp har påvirket både samarbeid med og fordeler mot andre tredjeparter. Spesifikt forholdet til konkurrentene og salgsavdelingen har økt med HelseHjelp.

5.6.1 Konkurrentene

“Jeg tror at, kanskje vi ikke er alene om et år om å tilby det. Kanskje har konkurransen blitt hardere.” (Saksbehandler)

HelseHjelp synes å gi et konkurransefortrinn. Nye kunder kommer på grunn av Helsehjelp, og tidligere kunder kommer tilbake til selskapet, selv om prisen er dyrere enn hos konkurrenten, fordi de føler seg ivaretatt.

Intervjuobjektene mener det finnes lignende verktøy hos noen av konkurrentene, men de er ikke like omfattende og ofte rettet mot større skadesaker og ingen av dem fokuserer på utføredekningene. En av de største fordelene som blir trukket fram av intervjuobjektene i forhold til konkurrentene er telefonkontakten. Dette innebærer at de må endre saksbehandlingen sin mye før de kan nærme seg. Det er imidlertid viktig å

notere at HelseHjelp kan defineres som en serviceinnovasjon, og en av serviceinnovasjonens kjennetegn er at den kan være enkel å imitere. HelseHjelp har selv til en viss grad imitert andre serviceinnovasjoner for å bli som den er i dag.

Erfaringen til intervjuobjektene er at som innovatør har vanskelighetene i implementeringsperioden åpenbart seg, og det er derfor kunnskap som beviser hvor lang tid det vil ta å kopiere det for andre selskaper. De ligger uansett flere år bak, og må ta risikovurdering før de en gang kan komme i gang. Et intervjuobjekt understreker at de kommer imidlertid etter, plutselig er de der – og da er det ikke like unikt lenger. Derfor, ifølge intervjuobjektene, må HelseHjelps dynamiske natur ikke endres – det må utvides, forbedres og aldri si seg fornøyd.

5.6.2 Salgsavdelingen

“Jeg håper genuint HelseHjelp er for skadelidte, men jeg tror at det nå mer og mer blir et salgsverktøy.” (Saksbehandler)

Økonomi og inntjening har vært tema tidligere i oppgaven, og det blir på nytt aktuelt i forhold til salgsavdelingen, hvor fokus er på fortjeneste. I et marked som stadig strammer seg til på pris er det lønnsomt å få ideer ingen andre har, og ifølge mine intervjuobjekter er HelseHjelp noe salgsavdelingen benytter i stor grad for å få inn ytterligere salg. HelseHjelp har blitt en salgspitch, som har gitt flere bein å stå på i forhold til innsalg. Det er utfordringer rettet rundt begrepene – at HelseHjelp ikke er et produkt men et verktøy, og flere intervjuobjekter uttrykker bekymring for at definisjonene de forskjellige avdelingene jobber etter ikke er de samme. Dette frykter de kan få konsekvenser.

“Salg har jo en tendens til å kjøre på med ‘Alt ordner seg, vi tar ansvar for alt,’ og når det kommer ut i media og det gjør det jo gjerne når det er gode historier, så tror en jo at – at vi fikser alt. (...) Vi fikser jo ikke den medisinske biten, vi hjelper til i prosessen (...) Men når du slipper ut salgsfolk og forteller dette her så drar de ofte litt ekstra på, så er litt redd for at de selger noe annet enn det egentlig er. Det kan fort bli feil kommunikasjon, og det er veldig vanskelig. Noen skjønner hva vi snakker om. Noen bare later som.”

En utbredt utfordring som nevnes av nær alle intervjuobjektene er at salg ikke har full oversikt over hvordan skadesaker blir behandlet og de etterlyser “medlytt” hvor selgere får høre på samtaler og mer innsyn i saksbehandlingsprosessen. For eksempel trekkes det fram som viktig at det ikke skal selges inn som noe som skal benyttes i alle skadesaker – som vanskeliggjør forventningsavklaringen. “Men hvis de selges inn at vi gjør de ansatte friske, blir det feil. Det er ikke det vi gjør.” Det etterlyses tettere bånd og samarbeid mellom salg og oppgjør for å unngå at HelseHjelp blir framstilt på forskjellige måter i forskjellige avdelinger, og som risikerer HelseHjelps framtid.

5.7 Framtiden

“Det må snakkes om det og fokusområder. Sånn funker jeg i hvert fall. Jeg er ganske... Ja, jeg gjør som jeg får beskjed om. (...) Ikke ha slike flammende taler, liksom men... fokuser på hva vi skal fokusere på - da gjør jeg det, etter beste evne.” (Saksbehandler).

De fleste intervjuobjektene mener at fremtiden ser ganske lik ut som nåværende situasjon. Det er håp om mer engasjement, og at så lenge salg bruker og liker det, og fortsatt støtte fra toppledelsen, så består det, men ingen tror på store endringer.

Det er ifølge intervjuobjektene mye å hente på kommunikasjon og en utvikling av et eget nettverk med kontakter og behandlere for områder Falck ikke kan tilby i dag. Det må bli flere saker og mer erfaring, som kan hentes gjennom å være mindre kritisk på bruken og ikke la antakelser og fordommer være en hindring. Bruken må forenkles, og de kundene som er usikre om de vil benytte HelseHjelp må følges nærmere opp.

6. Konklusjon

Forsikring er risiko, nøye beregnet via tabeller og sannsynlighetsregning, som støtter seg på konkrete forsikringsvilkår, lovverk og regler. Dette gjør forsikring til en regelstyrt bransje, som er avhengig av flere avdelinger og eksterne samarbeidspartnere for å holde pengestrømmen i orden. Selv om forsikringsbransjen i Norge i dens moderne form ikke er gammel, er den likevel oppfattet som gammeldags, sliter med et rufsete image og er ikke gjengs kjent for sin innovative strek.

Problemstillingen for oppgaven var «Hvordan utføre innovasjon i en regelstyrt bransje»? Innovasjonen er i denne oppgaven saksbehandler verktøyet HelseHjelp, og det ble derfor naturlig å intervju brukerne av verktøyet. Det ble intervjuet 11 saksbehandlere og ledere fra avdelingen, og det er benyttet kvalitativ metode. Gjennom en tverrsnittbasert og kategorisk inndeling av data er intervjuene analysert.

Forsikringsvilkårene oppleves av saksbehandlerne for oppgjør av Personalforsikring som utdaterte, lite fleksible og rett og slett innovasjonshemmede. HelseHjelp er et innovativt verktøy for nevnte saksbehandlere, hvor det ikke er et vilkår som ligger i bunn. Det er saksbehandlerne selv som avgjør når og hvordan verktøyet skal benyttes, og den nye tredjeparten blir koblet på med ytterligere oppfølging, rådgivning og medisinsk hjelp. Det er ingen utregninger av risiko, modeller eller sannsynlighetsregning som ligger i grunn. Der hvor forsikring beregner risikoen for utbetaling, er HelseHjelps visjon å få folk tilbake i arbeid – og dermed unngå utbetaling. HelseHjelp er også gratis og frivillig for kundene å benytte seg av. En kan kort si at HelseHjelp skiller seg ut i forsikringssammenheng, og at et tilsvarende verktøy kunne blitt imitert av et annet forsikringsselskap. Selve implementeringen og utfordringene, kanskje spesielt med en ekstern samarbeidspartner, er veldig aktuelle i forhold til innovasjonsarbeid generelt.

Med innovasjon medfører det ofte en endring. I min oppgave er saksbehandlerne i oppgjørsavdelingen i fokus, da det er der HelseHjelp har størst nedslagsfelt. Mitt første forsikringsspørsmål var «Hvordan kan argument om samfunnsansvar motivere saksbehandlere til å ta i bruk innovasjon?». HelseHjelps opprinnelse har sammenheng med Norges nåværende samfunnssituasjon, med høyt sykefravær og økende antall uføre. De fleste av intervjuobjektene mine kjente sterkt på samfunnsansvaret som forsikring medfører, og at HelseHjelps potensiale til å kunne påvirke den nasjonale situasjonen, ble oppfattet som svært positivt og motiverende. Det ga en ekstra følelse av å bidra, og at arbeidet ble mer betydningsfylt. Imidlertid har det vært lite med «bevis» på at innflytelsen på det nasjonale plan er reell, som igjen påvirket intervjuobjektene motivasjon.

HelseHjelp blir ikke drevet av oppgjørsavdelingen alene, men det er hos denne avdelingen implementeringen i all hovedsak skjer, og saksbehandlernes påvirkning i bruken er motiverende. Mitt andre forskningsspørsmål var «Hvordan implementeres en innovasjon i en oppgjørsavdeling i forsikringsbransjen?» HelseHjelp startet som en pilot med dekningen Annen Sykdom og dens saksbehandlere. Endringen i saksbehandlingen ble formidabel, og det oppgis at saksbehandlingen ble artigere, mer meningsfull og en følelse av å gå fra noe statisk til mer menneskelig kontakt med kunden. Endringen for de øvrige produktene ble ikke like stor, ettersom de allerede hadde utstrakt telefonbruk og kommunikasjon med kunden. I forhold til tilbudet om HelseHjelp oppstod et fort utfordringer rundt at HelseHjelp virker som mer skreddersydd for Annen Sykdom enn for de øvrige produktene, som derfor ikke fått spisset verktøyet tilstrekkelig for at det skal fungere optimalt for dem. Selv om de aller fleste føler de hjelper kunden, etterlyses det en gjennomgang og evaluering, også på kostnader og risiko, for å få bekreftelse på at HelseHjelp faktisk fungerer på enkeltsaker eller om det er rene tilfeldigheter.

HelseHjelp er avhengig av tredjeparter – spesielt salg og Falck – som ble utgangspunktet for mitt tredje forskningsspørsmål: «Hvordan påvirker innovasjonen samarbeidet og rollene til nye og gamle samarbeidspartnere?» Falck som samarbeidspartner oppgis av intervjuobjektene både som en sparringspartner og et irritasjonsmoment. Det er tydelige utfordringer i form av kompetanse og kunnskap, og forskjeller i selvstendigheten av saksbehandlingen, omdømmerisiko, samt en frykt for å miste viktige arbeidsoppgaver til Falck. En annen type frykt fantes i forholdet til salgsvdelingen og toppledelsen – om hva HelseHjelp egentlig er, og at alle har forskjellige forståelser og oppfatninger av HelseHjelp, og at utførelsen til slutt ligger uansett hos oppgjørsavdelingen. Det dras også fram utfordringer med navnebytter. Det kan også tyde på at HelseHjelps innhold og funksjon ikke virker å være godt nok kommunisert, også innad i oppgjørsavdelingen.

Til sammen besvarer de tre forskningsspørsmålene min problemstilling. Det er et innovasjonspotensiale i en regelstyrt bransje som forsikring, men det stopper i lovverk, men også i vilkår og regler de i stor grad har laget selv. Innovasjonen HelseHjelp tar snarveien utenfor regler, vilkår og lover – men møter også en av innovasjoners største utfordringer: HelseHjelp er vanskelig å måle, vise konkrete resultater og evaluere. Likevel har HelseHjelp bidratt til å bevege saksbehandlere i større grad en rolle som menneskelig ressurs, med økende og løpende kontakt med kunden. Dette kan bli sett som et empirisk uttrykk for noe større, og som en endring i måten å tenke på forsikring på. Samarbeidet med Falck og det samfunnsansvaret som tas av selskapet kan endre hvordan kunder ser på forsikringselskapene – og kanskje gjøre noe med det dårlige imaget og dermed oppfattes mer som en sterk samfunnsaktør. Dette igjen gjør at studien av innovasjon ikke er en enkeltstående studie i et spesifikt selskap, men en studie av hvordan innovasjon kan lykkes i en regelstyrt bransje – hvor en i utgangspunktet kunne tenke at innovasjon er vanskeligere å gjennomføre. Studien er også en studie av en organisatorisk endring i forsikringsbransjen, som gir optimisme om at innovasjon også kan skje i svært regelstyrte organisasjoner. Forsikring er, forhåpentligvis, på vei bort fra den lille skriften.

7. Litteratur

- Aasen, Tone Merethe & Amundsen, Oscar (2017) *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Amundsen, Oscar & Kongsvik, Trond (2016) *Endringskynisme og kunsten å skape god endringspraksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Aspøy, A. og Berg, L. P (2020, 16. Januar) NAV. Store Norske Leksikon. Hentet fra <https://snl.no/NAV>
- Clegg, Stewart R., Kornberger, Martin & Pitsis, Tyrone S (2016) *Managing & Organizations – An Introduction to Theory and Practice* London: Sage Publications Ltd
- Coffey, Amanda og Atkinson, Paul (1996) *Making Sense Of Qualitative Data*. USA: Sage Publications
- Døving, I. (2018, 10. September) Forsikringshistorie. Store Norske Leksikon. Hentet fra <https://snl.no/forsikringshistorie>
- Forsikring (2020, 13. April) I *Wikipedia*. Hentet 2. juni 2020 fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Forsikring>
- Isaksen, L. (2018, 29. Juni) Hvilke forsikringer bør bedriften ha? Storebrand. Hentet fra <https://www.storebrand.no/smartere-valg/artikkel/arbeidsliv/hvilke-forsikringer-bor-bedriften-ha>
- Johannesen, Asbjørn, Tuft, Per Arne, Christoffersen, Line (2019) *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode* Oslo: Abstrakt forlag
- Kotter, John (2006) *Our Iceberg Is Melting – Changing and Succeeding Under Any Conditions*. London: Macmillan
- Livsforsikringselskap (2018, 26. September) I *Wikipedia*. Hentet 27. Januar 2020 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Livsforsikringselskap>
- Moe, S. (2017a, 11. April) Dette tror forsikringstoppene om fremtiden: – Helt annen bransje om 20 år. E24. Hentet fra <https://e24.no/teknologi/i/mRKRK1/dette-tror-forsikringstoppene-om-fremtiden-helt-annen-bransje-om-20-aar>
- Moe, S. (2017b, 8. April) Gründere vil utfordre forsikringsbransjen: – Det er mye grått hår og konservatisme i bransjen. E24. Hentet fra <https://e24.no/teknologi/i/EWIWla/grundere-vil-utfordre-forsikringsbransjen-det-er-mye-graatt-haar-og-konservatisme-i-bransjen>
- Nielsen, Jens Carl Ry & Repstad, Pål (2006) Når mauren skal være ørn - om å analysere i egen organisasjon. F. Nyeng og G. Wennes (red) *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Oddane, Torild (2017) *Kreativitet og innovasjon. Fem sider av nesten samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget
- Olsen, Ø. 2020 (2020, 13. Februar) Økonomiske Perspektiver. Norges Bank. Hentet fra <https://www.norges-bank.no/aktuelt/nyheter-og-hendelser/Foredrag-og-taler/2020/2020-02-13-arstalen/>
- Regjeringen (2019, 7. oktober) Pressemelding hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/444-milliarder-til-folketrygden-i-2020/id2671772/>
- Reusch, Marianne & Skårberg, Lars Olav (2003) *Yrkesskade : forsikring og trygd* Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Røyrvik, Emil A. (2017). Sosialitet i målstyringens tid. T. Larsen & E. A. Røyrvik (red.) *Trangen Til å Telle. Objektivisering, måling og standardisering som samfunnspraksis*. Oslo: Spartacus Forlag AS

Schiefløe, Per Morten (2016) Forutsetninger for å lykkes med organisasjonsendringer. I. D. Hybertsen & T. Steiro (red) *Endringskapasitet og lederskap*. Trondheim: Luftkrigsskolen. Luftkrigsskolens skriftserie nr. 31.

Storebrand (uå), Personalforsikring (inkludert gruppelev) – et attraktivt ansattgode, hentet fra <https://www.storebrand.no/bedrift/vare-tjenester/forsikring/personalforsikring>

Tidd, Joe & Bessant, John (2017) *Managing Innovation. Integrating Technological, Market and Organizational Change*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd

Tjora, Aksel (2018) *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis Oslo*: Gyldendal

Yrkesskedeforsikring (1989) Lov om yrkesskedeforsikring (LOV-1989-06-16-65) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1989-06-16-65>

8. Vedleggsoversikt

1. Informasjonskriv
2. Intervjuguide

Vil du delta i forskningsprosjektet "Forsikring - Fra tradisjon til innovasjon"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse innovasjonsprosessen rundt HelseHjelp. I dette skrivet mottar du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg skriver masteroppgave i Innovasjon og Endring, og skal i den forbindelse skrive om innovasjonsprosessen rundt HelseHjelp.

Prosjektet har som mål å se hvordan innovasjon i forsikringsoppgjør blir gjennomført på saksbehandler nivå, spesielt selve prosessen med å få en ide ut i virkeligheten, og hvordan produktet, prosessen, innovasjonsbegrepet og endringen oppleves av deg som medarbeider.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

På bakgrunn av målet med oppgaven er den avhengig av at medarbeidere som har erfaring med eller oppfatning av HelseHjelp deltar i undersøkelsen. Det er ikke et krav om at du aktivt benytter HelseHjelp. Fokuset i oppgaven vil være både på produktet og prosessen, så det er behov for både aktive og inaktive brukere som har jobbet i Personskade i tiden HelseHjelp har vært aktuelt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du vil bli intervjuet med lydopptak som vil vare i omtrent 1 time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De med tilgang til opplysningene er masterstudenten Marit Øien og veileder Gunhild Tøndel ved NTNU.

Når data i spørreskjema er overført til pc vil spørreskjema bli slettet, og data anonymiseres. Videre vil opptaket som gjøres under intervju bli slettet etter lydfil er overført til tekst. Navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Innsamlet data vil presenteres på en måte hvor det hverken direkte eller indirekte skal være mulig å identifisere den enkelte deltaker.

Navn på bedrift og produkt vil bli anonymisert eller endret i ferdig Masteroppgave, som vil være åpent tilgjengelig via NTNU.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2020. Datamaterialet vil være anonymisert og slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg,
å få slettet personopplysninger om deg,
å utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Marit Øien, e-post marittoi@stud.ntnu.no, telefon: 918 59 584

NTNU ved Gunhild Tøndel, veileder, e-post: gunhild.tondel@ntnu.no

Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, personvernombud, NTNU på e-post: thomas.helgesen@ntnu.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [sett inn tittel], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. september 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Presentasjon av meg selv:

Jeg skriver masteroppgave i Innovasjon og Endring, og skal i den forbindelse skrive om innovasjonsprosessen rundt HelseHjelp.

Prosjektet har som mål å se hvordan innovasjon i forsikringsoppgjør blir gjennomført på saksbehandler nivå, spesielt selve prosessen med å få en ide ut i virkeligheten, og hvordan produktet, prosessen, innovasjonsbegrepet og endringen oppleves av deg som medarbeider.

Ved å være med på undersøkelsen vil du hjelpe meg med å se hvordan innovasjon i forsikringsoppgjør blir gjennomført på saksbehandler nivå, spesielt selve prosessen med å få en ide ut i virkeligheten, og hvordan det oppleves av deg som medarbeider.

Undersøkelsen er anonym, og svarene fra alle intervjuene vil bli sydd sammen i en empirisk diskusjon. Det vil bli, når naturlig, benyttet direkte sitater fra intervju, men også disse vil være anonymisert.

Intervjuet blir tatt opp med lyd, og avskrevet i tekstform av meg. Selve intervjuet på opptak blir deretter slettet.

Du har rett til når som helst å avslutte intervjuet.

Intervjuet vil anslagsvis ta rundt 1 time.

Innovasjonsprosessen kan ha fire faser: søk, valg, implementere, profitt. Implementeringen er å konvertere ideene til virkeligheten. Dette er svært krevende for ressursbruk, i forhold til tid, energi, penger og det å klare å mobilisere kunnskap og ansatte. Det vil i utgangspunktet være et produkt som ikke har vært forsøkt utført på denne måten før, og suksessen avhenger av utføringen. Dette er det området hvor medarbeiderne spiller en størst rolle, og det er det jeg vil snakke med dere om.

Spørsmål:

1. Kan du beskrive prosessen fra du åpner en ny sak til den avsluttes?
2. Hva tenker du ligger bak begrepet "samfunnsoppgaver/ansvar" i Norge i dag?
3. Hva mener du er forsikringsbransjens samfunnsoppgaver?
4. Hvilket forhold har du til ordet "endring"?
5. Hva slags tanker har du rundt ordet "innovasjon"?
6. Hvilket inntrykk har du av forsikring i forhold til innovasjon?
7. Etter din vurdering, vil du si at HelseHjelp er en innovasjon?
8. I forhold til dette – hvilken kobling har innovasjon til endring?
9. Hva er dine tanker rundt om innovasjonskulturen på personskaade?

9. Hvordan ble HelseHjelp ble presentert for saksbehandlerne og tatt i bruk?
10. Hva tror du "visjonen" med HelseHjelp er og hva er dine tanker om det?
11. Hvem er HelseHjelp for – i forhold til kunde? Saksbehandlere?
12. Hvordan bruker du HelseHjelp?
13. Kan du gi noen eksempler på hvordan HelseHjelp blir benyttet i saksbehandling?
14. Kan du beskrive en situasjon hvor det skulle vært tatt i bruk HelseHjelp men ikke ble det – eller motsatt?
15. Når egner HelseHjelp seg ikke?
16. Hvordan har HelseHjelp hatt praktiske konsekvenser for deg som saksbehandler? Saksbehandlingsprosessen? Merarbeid? IT-utfordringer? Tid?
17. Hvilke konsekvenser har det for kunden?
18. Hvilke konsekvenser tror du HelseHjelp vil få for SELSKAPET?
19. Hva tenker du rundt det etiske i forhold til HelseHjelp?
20. Hva med økonomi? SELSKAPET skal i hovedsak tjene penger?

18. Vil du si at HelseHjelp er pådrevet av ledelsen, eller saksbehandler/marked?
19. I hvilken grad eller form vil du si saksbehandleren har påvirkning på HelseHjelp og bruken av det?
20. Hva synes du er det aller viktigste for å få HelseHjelp til å fungere i avdelingen?
21. Opplever du at folk rundt deg har en positiv eller negativ holdning til HelseHjelp?
22. Hvordan kan HelseHjelp etter din mening bli forbedret – i form av premier, bonuser eller straff? Tvang? Klarere mål? Suksesshistorier?
23. Hvordan følelse ville du fått om HelseHjelp ville blitt påtvunget enhver sak – at det MÅ benyttes?
24. Hvordan kan en eventuell negativ trend rundt HelseHjelp snus?
25. Hva tenker du om framtiden til HelseHjelp?
26. Når det presenteres tall om HelseHjelp som vises videre i konsernet – hva er dine tanker om de tallene? Representerer de virkeligheten?

27. Hvilke aktører spiller en tredjepart HelseHjelp? NAV? Advokater?
28. Hvordan påvirker aktørene din bruk av HelseHjelp?
29. Hvordan er arbeidet med NAV i forhold til forsikring og sakene?

30. Hvilket inntrykk har du av samarbeidspartneren Falck og den jobben de gjør, og samarbeidet?

31. Hvordan føler du at innovasjonsprosessen har fungert?

32. Er det noe som kunne vært gjort annerledes i prosessen?

31. Er det noen tanker du har ellers som du ikke har fått sagt/ fått med?