

Norsk senter for bygdeforskning
Universitetssenteret Dragvoll
N-7491 Trondheim

Telefon: +47 73 59 17 29
Epost: post@bygdeforskning.no

Rapport 3/2015

Utgivelsesår: 2015

Antall sider: 42

ISSN 1503-2035

Tittel: Evaluering av Helse i Valdres fra 2010-2014

Forfatter: Gunn-Turid Kvam

Utgiver: Norsk senter for bygdeforskning

Utgiversted: Trondheim

Prosjekt: 6334.00

Prosjektnummer: Evaluering av Helse i Valdres år 0-4

Oppdragsgiver: Valdres Næringshage

Kort sammendrag

Rapporten er en evaluering av Arenaprojektet Helse i Valdres fra 2010 til 2014. Evalueringen er bestilt av Valdres Næringshage. Formålet med Arenaprojektet var å etablere en bedriftsklynge med helse- og reiselivsbedrifter i Valdres, der man så et stort potensial for utvikling av disse bedriftene gjennom samarbeid. Evalueringen baserer seg på intervju med totalt 12 personer med tilknytning til prosjektet. I tillegg er evalueringen basert på skriftlig materiale om prosjektet.

Resultatene viser at det er lagt ned et stort arbeid i prosjektet for å få etablert samarbeidskonsepter og en klynge. Det har ikke lyktes prosjektet å få etablert en klynge av både helse- og reiselivsbedrifter. Dette skyldes ulike forhold, som at gruppen av bedrifter var for umodne til å starte i et klyngeprosjekt, de kjente hverandre dårlig før prosjektet ble etablert, prosjektet var for dårlig forankret i bedriftene og helse- og reiselivsbedriftene opplevde å være for ulike til å etablere felles prosjekt. Siden 2014 har «klyngen» bestått av fire helsebedrifter som har mange spennende konsepter på gang og som er svært motiverte for å fortsette samarbeide også etter prosjektets slutt i september 2015.

Stikkord

Helse i Valdres (HIVA), bedriftsklynge, Arenaprogrammet, evaluering, regional utvikling

Sammendrag

Evalueringen av Arenaprojektet Helse i Valdres fra 2010 til 2014 ble bestilt av Valdres Næringshage. Formålet med Arenaprojektet Helse i Valdres var å øke klyngebedriftenes og regionens innovasjonskraft og der i gjennom skape økt omsetning, verdiskapning og kompetanse. Oppdragsgiver ønsket at vi først og fremst skulle få frem lærdom fra prosjektet både på Arenaprogramnivå og regionalt nivå i evalueringen.

Evalueringen baserer seg på intervju med totalt 12 personer, herav ni som representerer helse- og reiselivsbedrifter som har deltatt i prosjektet, samt prosjekteier, prosjektleder og FoU-koordinator engasjert av prosjektet. I tillegg er evalueringen basert på skriftlig materiale om prosjektet, samt evaluerings- og forskningslitteratur om klynger og kunnskapsformidling.

I de fire årene evalueringen omfatter har det pågått stor aktivitet for å bygge opp og utvikle en klynge av helse- og reiselivsbedrifter. Da verken bedriftene eller klyngen var moden- eller interessert nok til å utnytte de mulighetene som lå i Arena-programmet, fikk man ikke de forventede resultatene av prosjektet. Når det gjelder de ulike hovedmålene med prosjektet, er det under mål 1) Utvikling av innovasjonskraft, gjennomført et omfattende arbeid for å finne nye produkter og markeder for bedriftene som har tilhørt klyngen. Flere av disse prosjektene har stoppet opp, ofte fordi bedriftene ikke har maktet/ønsket å videreføre dem. Få konsepter er derfor i funksjon som tiltent. På mål 2) Utvikling av en felles struktur og strategi for kompetanseutvikling, har det skjedd stor aktivitet innen klyngen særlig etter at bare helsebedriftene ble igjen. For hovedmål 3) Styrking av forskning og utvikling, var ansettelse av FoU-koordinator i 2013 en viktig handling for å få økt fokus og utvikling på dette området. Når det gjelder mål 4) Utvikling av strategi for internasjonalisering av klyngen, har denne blitt mindre vektlagt. På området 5) Nettverk/møteplasser og attraktivitet/omdømme, har det skjedd en rekke aktiviteter gjennom hele prosjektperioden, men med en betydelig økning i aktivitetsnivået de siste årene. HIVA har ikke nådd hovedformålet med prosjektet, men med det utgangspunktet man hadde så var dette formålet også svært krevende å nå.

Det man derimot har fått til, er etablering av en «helseklynge» eller mikroklynge bestående av fire helsebedrifter. Disse bedriftene har en rekke felles aktiviteter på gang

som hovedsakelig retter seg mot hovedmål med prosjektet som utvikling av nye produktkonsept, styrking av forskningsfokus og søknad om FoU-prosjekt, nettverksbygging, samt arbeid for å styrke nettverket og dets omdømme. Helsebedriftene har i løpet av perioden bygd opp tillit til hverandre, de ser på hvilke områder de har nytte av å samarbeide, og er bevisst på viktigheten av å styrke seg fremover for å overleve i markedet. Selv om det ikke har skjedd så mye konkret i bedriftene som resultat av deltagelse ennå, er motivasjonen stor for å fortsette samarbeidet. Det er gjennom prosjektperioden bygd et fundament for videre utvikling og samarbeid med stort potensial. Ønsket om å fortsette samarbeidet gjenspeiler seg i arbeidet som pågår for å utvikle en modell for videreføring av samarbeidet når det blir slutt på offentlige midler medio september 2015. Selv om helsebedriftene er svært motiverte for å fortsette samarbeidet, er det tvilsomt om de er i stand til å drive dette uten ekstern støtte. For å sikre varig effekt og få konkrete resultater ut av satsinger er det derfor viktig at prosjektleder fortsatt har en fasilitatorrolle i prosjektet, noe som er med i planen om videreføring.

Når det gjelder klyngens ressursmessige fundament, har antall deltagere i klyngen blitt redusert i løpet av prosjektperioden. I 2010 ble 10 bedrifter definert i klyngen, åtte i 2013 og fire i 2015. Selv om etablering av en rekke eksterne samarbeidsrelasjoner har bidratt til å øke det ressursmessige fundamentet for klyngen, så er klyngen i seg selv svært «tynn» med bare fire helsebedrifter. For å nå visjoner og mål med HIVA trengs nok en styrking av klyngen med flere bedrifter enn i dag.

Utfordringene i prosjektet som kan sies å ha hemmet utviklingen av prosjektet og klyngen har vært at helse- og reiselivsbedriftene var såpass ulike, bedriftene så ikke tydelig mulighetene i - og behovet for samarbeid, de var ikke modne nok til å benytte seg av de muligheter prosjektet ga. Dette utgangspunktet gjorde arbeidet vanskelig for både styringsgruppeleder og prosjektleder. Styringsgruppen fungerte dårlig de første årene og først i 2014 etter at bare helsebedrifter ble igjen i klyngen ser den ut til å fungere bra. Prosjektleder har vært en viktig suksessfaktor for prosjektet, samt Næringshagen som drev fram prosjektet og har fungert som en viktig diskusjonspartner og støttespiller underveis. Ansettelse av FoU-koordinator har bidratt til kompetanseheving i bedriftene angående forskning og etablering av et forprosjekt så langt.

Når det gjelder læring på program- og regionalt nivå blir flere forhold diskutert i rapporten. Et forhold som tas opp er hvorvidt klynge-samarbeid mellom bedrifter i rurale strøk bør designes på en annen måte for bedre å imøtekomme behov. Samtidig diskuteres også mål på suksess og om disse i større grad bør tilpasses type bedrifter og beliggenhet. Et annet forhold går på forankring av prosjekter og viktigheten av dette for å få etablert en klynge og gjennomført samarbeidsprosjekter. I og med at prosjekter blir definert av aktører utenfra, kan det være en krevende jobb å forankre prosjektet i bedriftene hvis disse ikke føler det store behovet for å samarbeide i utgangspunktet.

Et annet forhold som også kommer klart frem i evalueringen er at de fleste bedriftene som her var tiltenkt roller i klyngen ikke var spesielt fokusert på verken anvendelse av ny teknologi eller i å utvikle og anvende forskning som basis for utvikling. Bedriftene har brukt lang tid på å forstå nytte av- og behov på disse områdene. Dette er naturlig når fokus og kompetanse på disse områdene i utgangspunktet var forholdsvis lav.

Et annet forhold som avdekkes i evalueringen er mulighetene de offentlige aktørene som Næringshagen har for å drive med innovasjon og utvikling i en region som Valdres. Det er svært lite midler til dette, der midler eventuelt må skaffes gjennom prosjektfinansiering som tar mye tid og ressurser bort fra den primære oppgaven. Som vi ser av evalueringen av HIVA, er det svært krevende og langvarige prosesser som må til for å få bedrifter til å endre holdninger og opparbeide motivasjon og forståelse for samarbeid. Kommer man i et samarbeid så langt som til å implementere ny kunnskap eller teknologi, er dette prosesser som ytterligere er utfordrende og vanligvis tidkrevende. Derfor bør støtteapparatet regionalt ha en solid økonomisk basis for å kunne bidra i slikt innovasjonsarbeid.

De mulighetsområder helsesamarbeidet i Valdres har for bedriftene, sektoren totalt og ikke minst brukerne, bør være av interesse langt ut over regionenes grenser. Gjennom de konseptene prosjektet har utviklet så langt kan vi se konturene av hvilket potensial som kan ligge i samarbeid mellom helsebedrifter og andre aktører, et potensial som i mye større grad burde utnyttes nasjonalt med hensyn til gevinster på mange felt. Kunnskapen fra prosjektet er også et viktig innspill til dagens anbudspolitik som i liten grad gir rom for innovasjon og utvikling innen sektoren. Samtidig viser prosjektets også hvilke utfordringer som ligger i det å utvikle en klynge fra grunnen.

Forord

Denne rapporten om evaluering av Arenaprojektet, Helse i Valdres, er bestilt av Valdres Næringshage. Evalueringen omfatter prosjektet fra det ble etablert i 2010 og til og med 2014, men omfatter også elementer for 2015. Prosjektet er finansiert frem til september 2015.

I og med at prosjektet Helse i Valdres har vært et noe spesielt prosjekt i Arenaprogrammet, både ut fra type bedrifter og at disse er lokalisert til rurale strøk, ønsket oppdragsgiver at vi i evalueringen spesielt skulle se på læring både på Arenaprogramnivå og regionalt nivå.

Vi ønsker å takke alle som velvillig stilte opp som informanter i evalueringen og ga reflekterte innspill rundt det som har skjedd i prosjektet.

Trondheim, 28.05.2015

Gunn-Turid Kvam

Bygdeforskning

Innhold

Sammendrag	2
Forord.....	6
Innhold	7
Tabelliste.....	8
1 Innledning.....	9
2 Metode for evaluering	10
3 Teori om ledelse og utvikling av klynger	13
4 Prosjektets deltagere, organisering og mål	15
5 Oppnådde resultater i forhold til fastsatte mål	17
5.1 Innovasjonskraft	17
5.2 Kompetanseutvikling.....	18
5.3 Forskning og utvikling	19
5.4 Internasjonal dimensjon.....	20
5.5 Nettverk/møteplasser og attraktivitet/omdømme	20
6 Vurdering av prosjektets viktigste resultater	22
6.1 Helsebedriftene.....	22
6.2 Reiselivsbedriftene	23
6.3 Evaluators vurdering av resultater.....	24
6.4 Sannsynlighet og forutsetninger for varige effekter.....	25
7 Organisasjon, ledelse, roller og forankring	27
7.1 Styringsgruppa.....	27
7.2 Prosjektlederrollen.....	28
7.3 Forankring	29
8 Vurdering av styrker og svakheter ved prosjektet	31
8.1 Styrker	31
8.2 Svakheter	31
9 Hva har man hatt problemer med og hvorfor?	33
10 Vurdering av de viktigste suksessfaktorene	35
11 Læring på programnivå og regionalt nivå - redskapsutvikling i regionalt innovasjonsarbeid	36

12	Konklusjon.....	40
	Referanser	42

Tabelliste

	Tabell 1. Intervju med aktører i prosjektet Helse i Valdres.....	10
	Tabell 2. Helsebedriftene i dagens klynge.....	11

1 Innledning

Bakgrunnen for prosjektet Helse i Valdres (HIVA) var at SIVA oppfordret næringshagene på Tynset, i Nord-Gudbrandsdalen, i Valdres og i Hallingdal til å se om det kunne etableres «ekspertsentre» i regionene. Etter systematisk kartlegging av mulige næringsklynger i fire dalfører, var konklusjonen i sluttrapporten at bare én potensiell tydelig næringsklynge stod fram, og det var helsebedriftene i Valdres.

Prosjektet Helse i Valdres som klynge startet sin utvikling gjennom en forstudie i november 2006 til august 2007. Et forprosjekt pågikk fra desember 2007 til november 2008, og som et hovedprosjekt i regi av Valdres Næringshage og finansiert som Bedriftsnettverk av Innovasjon Norge fra 2009 til 2010. I hovedprosjekt Bedriftsnettverk ble en rekke aktiviteter gjennomført for å se på mulige samarbeidsprosjekter mellom aktører i «klyngen». Alle disse aktivitetene ble gjennomført av Valdres Næringshage. I 2010 ble HIVA et Arenaprojekt, først i en treårsperiode fra 2010 til 2013, så ble dette videreført som assosiert Arenaprojekt (med finansiering fra Innovasjon Norge Oppland) i to år til september 2015.

Fra oppdragsgivers side var ønsket med denne evalueringen først og fremst å få frem lærdom fra prosjektet, både på programnivå og regionalt nivå. Derfor har evaluator i tillegg til å gjennomføre intervju med de aktørene som har vært mest sentrale i prosjektet også arrangert et møte supplert med andre aktører/interessenter for å diskutere resultater og læring basert på dette - og i tillegg muligheter for videre satsinger.

Rapporten fortsetter med å beskrive metode for evalueringen i kapittel 2. Videre blir i kapittel 3 teori om ledelse og utvikling av klynger presentert. I kapittel 4 blir prosjektets deltagere, organisering og mål beskrevet, mens oppnådde resultat i forhold til fastsatte mål blir vurdert i kapittel 5. Prosjektets viktigste resultater blir vurdert i kapittel 6, mens tema i kapittel 7 er organisasjon, ledelse og roller i prosjektet. Styrker og svakheter ved prosjektet gjennomgås i kapittel 8 mens det i kapittel 9 foretas en vurdering av hva man har hatt problemer med og hvorfor. Kapittel 10 beskriver de viktigste suksessfaktorene for prosjektet. I kapittel 11 settes fokus på læring på programnivå og regionalt nivå som grunnlag for redskapsutvikling i regionalt innovasjonsarbeid. Rapporten avsluttes med en konklusjon i kapittel 12.

2 Metode for evaluering

I evalueringslitteraturen skilles det gjerne mellom effektevalueringer og prosessevalueringer. I effektevalueringer søker man å estimere effekten av et tiltak (her: Arenaprojektet HIVA) sammenlignet med en tilstand uten tiltaket – altså et estimat på den kontrafaktiske utviklingen. I prosessevalueringer legges det mer vekt på å se på gjennomføringen av tiltaket, med hovedvekt på sammenhenger mellom intensjoner og aktiviteter, organisatoriske utfordringer og barrierer i forhold til en god gjennomføring. Evalueringen av HIVA heller mest mot en prosessevaluering, selv om også effekter og resultatet av tiltaket i noen grad vurderes. Hovedmålet med evalueringen er ifølge oppdraget først og fremst å lære av prosjektet og derfor er en prosessevaluering mest relevant.

Evalueringen av prosjektet Helse i Valdres år 0-4 har pågått i perioden januar til og med april 2015. Etter å ha gjennomgått skriftlig materiale om prosjektet og gjennomført et telefonintervju med prosjekteier og prosjektleder ble en intervjuguide utformet. Det ble gjennomført 12 personlige intervjuer i Valdres 4.-6. februar 2015 av bedriftsdeltagere, prosjektleder og prosjekteier. I tillegg ble det gjennomført telefonintervju med prosjektleder 25. mars og forskningskoordinator 26. mars. Intervjuene med bedriftene som har deltatt i prosjektet tok ca. 1 time, mens intervjuene med prosjekteier og prosjektleder under besøket i Valdres tok ca. 2 timer. Tabellen under gir en oversikt over personer som ble intervjuet, organisasjonstilhørighet og stilling, rolle i prosjektet og type virksomhet de representerer.

Tabell 1. Intervju med aktører i prosjektet Helse i Valdres

Navn og organisasjon	Roller	Type virksomhet
Svein Pettersen	Prosjektleder	Konsulentselskap (innovasjonsledelse)/privat
Arne Erik Fønhus, daglig leder Valdres Næringshage	Prosjekteier 2010 til 2014	Næringshage/Offentlig
Marte Sollien, daglig leder Tonsåsen rehabilitering	Deltager i styringsgruppa	Helsebedrift
Elling Fekjær, daglig leder Fekjær psykologiske senter	Deltager i styringsgruppa inntil høsten 2014, nå leder	Helsebedrift
Astrid Nykvist ¹ , ny daglig leder Beitostølen Helsesportsenter, tidligere FoU-leder	Deltager i styringsgruppa	Helsebedrift
Rolf Salenget, tidligere leder i Beitostølen Helsesportsenter	Leder i styringsgruppa siden oppstart. Gikk ut høsten 2014	Helsebedrift
Guro J. Solberg, daglig leder Valdres Kompetansevekst	Deltager i styringsgruppa	Helsebedrift

¹ Astrid Nyqvist, Bjørn Svendsen, Atle Hovi og Katinka Vik ble intervjuet over telefon.

Bjørn Svendsen, faglig leder Riisby Behandlingscenter	Deltager i prosjektet	Helsebedrift
Tove Kristin Jevne, daglig leder Riisby Behandlingscenter	Deltager i styringsgruppa	Helsebedrift
Atle Hovi, Direktør Beitostølen Resort	Deltager i styringsgruppa 2010 til 2014	Reiselivsbedrift
Anne Kristin Medhus, Pulsslaget	Deltager i styringsgruppa 2010 til 2014	Reiselivsbedrift
Cathinka Vik, forsker ved Høgskolen i Gjøvik	Forskningskoordinator siden 2013	Høgskolen i Gjøvik

I og med at klyngen siden august 2014 har bestått av helsebedrifter, blir det satt størst fokus på disse bedriftene i evalueringen. Vi har imidlertid også intervjuet to reiselivsbedrifter som har vært med i prosjektet fra starten for å høre deres oppfatning av prosjektet og mulige effekter. Evalueringen er i tillegg basert på skriftlig materiale fra Arenaprogrammet, diverse materiale fra prosjektet, som søknader, årlige rapporteringer, prosjektrapporter, prosjektplaner, kursbeskrivelser og annet informasjonsmaterieell, samt evaluerings- og forskningsbasert litteratur om klynger og kunnskapsformidling.

Tabell 2. Helsebedriftene i dagens klynge

Bedriftene	Eierskap	Antall ansatte	Tjenester som tilbys	Kunder
Beitostølen Helsesport-senter	Stiftelse etablert 1970	100	Rehabilitering -mest av barn og unge med ulike handikap/nedsett funksjonsevne	Avtale med Helse Sør-Øst, Helse Midt, og Helse Vest, tilbud hele landet
Tonsåsen Rehabilitering	Familieeid AS, etablert 1980	25	Rehabilitering for syklig overvekt	Hadde avtale med Helse Sør-Øst. Ingen avtale i dag
Valdres Kompetanse-Vekst	Kommunene i Valdres og Oppland Fylkeskommune, AS	15	Attføringsbedrift	NAV Oppland, lokalt/regionalt næringsliv
Riisby Behandlings-senter	Stiftelse siden 2002	75	Rusbehandling	Helse Sør-Øst
Fekjær Psykiatriske Senter	Stiftelse, etablert 1971	45	Ungdom med rus- og psykiske problemer	Driftsavtale med Sykehuset Innlandet

Helsebedriftene tilbyr ulike tjenester rettet mot ulike brukergrupper, og er derfor ikke i direkte konkurranse med hverandre. Beitostølen Helsesportsenter skiller seg ut ved at de har en egen FoU-avdeling. Fekjær Psykiatriske Senter skiller seg ut ved å ha et

spesielt nært forhold til Sykehuset Innlandet. Tonsåsen Rehabilitering vant ikke noe tilbud i 2014 og er uten avtale med noen brukere. Helsebedriftene er spredt fra Øystre Slidre i nord i Valdres til Sør-Aurdal i sør-øst. Riisby Behandlingssenter har to avdelinger der den ene ligger i kommunen Søndre Land og den andre i Nordre Land, det vil si øst for Valdres. Alle bedriftene er faglig sterke på sitt felt, mens Beitostølen og Fekjær anses som nasjonalt ledende på sitt fagområde.

Som del av evalueringen arrangerte vi et møte med ulike utviklingsaktører i Valdres 8. april med klyngeprogramansvarlig i Innovasjon Norge, rådgiver i Regionalenheten i Oppland fylkeskommune, styreleder i Valdres Natur- og Kulturpark, samt prosjektleder og prosjekteier. Målet med dette møtet var å diskutere resultater fra evalueringen og læring basert på dette. Under dette møtet ble ulike utfordringer i prosjektet diskutert og mulige scenarier vurdert. Samtidig kom det også frem informasjon omkring prosjektet og aktørene som evalueringen så langt ikke hadde fanget opp.

Når det gjelder mottakelse av arbeidet med evalueringen har den vært positiv fra alle parter evaluator har vært i kontakt med. Alle har svart på spørsmål som ble stilt og kommet med kritiske refleksjoner rundt prosjektet som helhet og egen rolle i prosjektet.

3 Teori om ledelse og utvikling av klynger

Før vi starter med å vurdere de ulike forholdene oppdragsgiver ønsker at vi skal vurdere, presenteres forskningsbasert litteratur som bedre kan bidra til å forstå utvikling av Arenaprojektet Helse i Valdres.

Begrepet klynge brukes ofte om en konsentrasjon av enheter som har noe felles, enten fordi de ligner på hverandre (bedrifter i samme bransje), eller fordi de er relatert til hverandre på en eller annen måte (Mariussen og Ørstavik, 2005). En klynge kan ha vokst frem i et næringsmiljø, noe som betegnes som en «organisk» klynge. Den andre typen klynger er de som er etablert som et «prosjekt» med tanke på å utvikle og styrke relasjoner, det er klynger etablert som innovasjonspolitiske virkemidler (Normann og Fosse, 2013). Helse i Valdres er et typisk klyngeprosjekt. Klyngeprosjekt består vanligvis av offentlig - privat samarbeid knyttet til finansiering og kompetanse, klyngeutvikling (planlagt styring og utvikling av nettverk), kunnskapssamarbeid (FoU-prosjekter), innovasjons-samarbeid, eksternt samarbeid (andre klynger, andre innovasjonspartnere, osv.) (Normann, 2013 i Flatnes et al. 2014).

I klynge- og nettverksprosjekter blir sosial kapital vektlagt som viktig for utvikling av en klynge. Sosial kapital kan i dagligtale brukes synonymt med grad av tillit mellom mennesker (Flatnes et al. 2014). Sosial kapital refereres ofte til som en type relasjon mellom aktører som gir produktivt økonomisk resultat (Malecki, 2012) og dermed som noe positivt i klyngeutvikling. Hvis klyngen har godt utviklet sosial kapital men derimot er lite åpen for input fra eksternt hold, vil en slik situasjon gjerne virke negativt på innovasjonsevne (Eklinder-Frick et al. 2011).

Ifølge Frick (2011) er fruktbart samarbeid enklere å få til om medlemmene i gruppen er homogene og det er personlige bånd mellom aktørene. En viss grad av likhet vil gjøre interaksjonen lettere, mens for stor likhet vil bringe lite nytt til relasjonene (Saxton, 1997). Det er også viktig at strategiske nettverk som har innovasjon som mål involverer komplementære aktører. Hvis aktørene har ulike styrker kan de spille ulike roller i samarbeidsprosesser.

Det er en vanlig oppfatning at ulike bedrifter har ulike forutsetninger for å ta imot ny kunnskap. Små bedrifter antas å ha dårligere forutsetninger enn større på grunnen av mindre ressurser og mindre erfaring i å ta i bruk ny kunnskap. Ofte vil også mottakskompetansen være lavere hos bedrifter i rurale strøk der utdanningsnivå blant ansatte gjerne er lavere enn i mer tettbygde strøk. Mottakskompetanse kan defineres som en organisasjons evne til å bli oppmerksom på, identifisere og effektivt ta fordel av ny kunnskap eller teknologi (Seaton og Cordey-Hayes, 1993). Et viktig utgangspunkt for utvikling av bedriftsklynger, er derfor bedriftenes mottakskompetanse eller mottakermiljø. Ulike forhold ved dette miljøet, som tidligere kontakt med FoU-miljø, erfaring med endringsprosesser, kompetanse på strategisk planlegging, daglig leders og ansattes holdning til læring og utvikling, samt ressursituasjonen generelt vil ha innvirkning på bedriftenes mulighet og evne til å bidra i og kunne nyttiggjøre seg av et klynge-samarbeid.

Organisasjoner er vanligvis dårlige på å utvikle helt nye rutiner som svar på en ny kompleks situasjon (som for eksempel samarbeid mellom helse- og reiselivsbedrifter). De har heller en tendens til å bygge videre på det eksisterende, da individer generelt retter oppmerksomhet mot ideer som er overenstemmelse med interesse, behov og eksisterende holdninger, en tendens som kalles selektiv eksponering (Hassing, 1959). Hassing (1959) hevder at individer sjelden retter oppmerksomhet mot informasjon vedrørende en innovasjon uten at de først føler behov for denne. Dette forholdet kan være med og forklare hvorfor helsebedriftene ikke var spesielt interesserte i å samarbeide med reiselivet, men mer på å videreutvikle egen faglig virksomhet.

Kommunikasjon er en viktig del av kunnskaps- og teknologioverføringsprosesser. Det samme gjelder for vellykkede innovasjoner, der fokus på informasjon og kommunikasjon blir ansett som grunnleggende. Kommunikasjon blir av Rogers (1983) definert som: «en prosess der deltagerne skaper og deler informasjon med hverandre for å nå en felles forståelse». En rekke forhold kan vanskeliggjøre kommunikasjon. Hvis aktørene som kommuniserer har lik bakgrunn er sannsynligheten for effektiv kommunikasjon større enn for aktører med ulik bakgrunn (Rogers, 1983). I HIVA-prosjektet representerte aktørene som var ment å samarbeide svært ulike bransjer med ulike fokus, og det var utfordringer med kommunikasjonen mellom aktørene.

I nettverksliteraturen snakker man om «gjensidig avhengighet» for å forstå hvordan man kan styre autonome aktører med ulike mål mot felles mål. Gjensidig avhengighet er aktørenes forståelse av å være avhengig av andre aktører for å nå egne og felles mål. Ved å erfare at man i samarbeid kan nå mål, kan dette øke den gjensidige avhengigheten i klyngen og bli selvforsterkende ved at klyngen i økende grad søker løsninger, kunnskap og samarbeid som igjen vil virke forsterkende på oppfatning av gjensidig avhengighet (Flatnes et al. 2014). Oppfatningen av gjensidig avhengighet vil være en indikasjon på om satsingen på prosjektet Helse i Valdres får en varig effekt hos bedriftene som deltar.

4 Prosjektets deltagere, organisering og mål

En av de bærende ideene bak Arenaprojektet var å etablere et samarbeid mellom helsebedriftene og reiselivsbedriftene i Valdres. Målet med prosjektet beskrives å være at: «Helse i Valdres skal øke innovasjonskraften i klyngen gjennom at helse- og reiselivsbedrifter i Valdres samhandler for å styrke sin posisjon». Dette skal skje gjennom å utvikle nye markeder og produkter innenfor behandling, rehabilitering og helseturisme. Disse bedriftene tilhører forskjellige bransjer der begge beskrives å stå overfor store, men ulike utfordringer. Tanken bak helse- og reiselivssamarbeid var (og er fortsatt) en hypotese om at reiselivsbedriftene i Valdres trenger nytt innhold og dermed en differensieringsbase i forhold til andre reiselivsaktører. I forhold til Valdres som er godt representert med helsebedrifter med til dels høy kompetanse, er derfor helse en naturlig måte å differensiere seg på også i reiselivsmarkedet. Tilsvarende var det en hypotese om at ihvertfall noen av helsebedriftene trenger markedstilnærming, det vil si kanaler for å bevege seg over i et annet marked hvor ikke kun det offentlige betaler. Videre ble reiselivsdimensjonen ansett som aktuell for helsebedriftene da den representerer en tilleggsdimensjon i tjenesters innhold. Gjennom å etablere en bedriftsklynge så man et potensial i at disse bedriftene gjennom samhandling kan bidra til å løse hverandres utfordringer (Næringshagen, 2010).

I søknad av 7. april 2010 er 10 bedrifter nevnt som nøkkelaktører i klyngen. Disse er jevnt fordelt mellom reiselivsbedrifter og helsebedrifter. Valdres Næringshage har initiert prosjektet og var operatør og kontraktspartner frem til 2014, dvs. ivaretok de formelle eierinteressene i prosjektet. Prosjektleder (fra Nordviken Management) har vært den samme hele prosjektperioden. Prosjektet er, som Arenaprogrammet krever, organisert med en styringsgruppe. Denne har blitt ledet av en av helsebedriftene og hadde innledningsvis 12 deltagere, det vil si én person fra hver bedrift, samt Høgskolen i Gjøvik og prosjekteier Valdres Næringshage. Samtidig deltok personer fra virkemiddelapparatet som observatører i styringsgruppen. Det var i tillegg definert en referansegruppe med 22 aktører som var tenkt som mulige ressursaktører/kontaktpunkter for prosjektet. Mens styringsgruppen forvalter prosjektets samlede ressurser og har ansvar for prosjektets strategiske innretning og prioriteringer, har prosjektleder det daglige operative ansvaret for gjennomføring av prosjektet ifølge Arena-programmet (www.arenaprogrammet.no). Styringsgruppen ble omorganisert i 2013 i tilknytning til søknad om forlengelse. Dette innebar at styringsgruppen ble redusert til en gruppe på 6 helse- og reiselivsbedrifter. I 2014 ble styringsgruppen igjen endret slik at bare fem helsebedrifter ble igjen i klyngen. Da ble ny styringsgruppeleder valgt fordi den forrige skiftet jobb. Samtidig gikk prosjekteierskapet fra Valdres Næringshage til et likeverdig partnerskap mellom HIVA-aktørene og Nordviken Management.

Arenaprojektets mål er definert i søknaden om Arena-hovedprosjekt (Valdres Næringshage, 2010). De samme mål gjelder for videreføring av prosjektet fra 2013 til 2015 (Valdres Næringshage, 2013). Visjonen som ble definert innledningsvis ble noe avgrenset til å gjelde mestring i søknaden av 2013, dvs.: «Valdres skal fremstå som den ledende regionen i Norden innenfor behandling, rehabilitering og helseturisme – knyttet til mestring». Formålet med prosjektet er: «Helse i Valdres skal øke klyngebedriftenes og regionens innovasjonskraft og der i gjennom skape økt omsetning, verdiskapning og kompetanse» (Næringshagen, 2013).

Hovedmål med prosjektet var:

1. Innovasjonskraft;

Helse i Valdres skal bidra til utvikling av minst 10 nye konsepter/bedrifter i løpet av 2013

2. Kompetanse;

Helse i Valdres skal i løpet av 2011 etablere en felles struktur og strategi for kompetanseutvikling i klynge

3. Forskning og utvikling;

Helse i Valdres skal i løpet av 2013 ha etablert/være ledende deltager i minst 4 FoU-prosjekter hvorav minst 2 med internasjonale deltagere

4. Internasjonal dimensjon;

Helse i Valdres skal i løpet av 2010 etablere en strategi for internasjonalisering av klyngen

5. Nettverk/møteplasser og attraktivitet/omdømme;

Helse i Valdres skal i løpet av 2010 etablere en kommunikasjonsstrategi for klyngen samt etablere det ressursmessige fundamentet for videreføring av klyngen fra 2013

I søknad av 7. april 2010 er en rekke strategier og delmål etablert under hvert hovedmål der også hovedansvarlig for gjennomføring og deltagere for hvert delmål er beskrevet. Oversikten viser en rekke ideer til samarbeidsprosjekter der helsebedriftene, reiselivsbedriftene, offentlige aktører og noen frivillige organisasjoner er planlagt å delta i utviklingen av klyngen (Valdres Næringshage, 2010). Da dette er en svært omfattende beskrivelse blir den ikke gjengitt her.

5 Oppnådde resultater i forhold til fastsatte mål

Som vist i siste del av kapittel 4 ble en rekke mål satt for HIVA. Her skal vi se nærmere på om disse målene er oppnådd.

5.1 Innovasjonskraft

Det første hovedmålet for HIVA går på innovasjonskraft, der målet er at 10 nye bedrifter og/eller forretningskonsepter skulle utvikles innen i første omgang 2013 og så 2015. Målet var konkret å utvikle 3 nye bedrifter med direkte utgangspunkt i klyngen. Et annet mål innenfor innovasjonskraft var at klyngen skulle vinne minst 10 anbud for NAV og Helse Sør-Øst. Nedenfor gis en oversikt over de viktigste konsepter som er utviklet/under utvikling, hvilke bedrifter prosjektet har bidratt til å etablere og felles anbud utformet av klyngebedrifter.

- Norges Astma og allergiforbund og Beitostølen Resort med flere. Ideen var å utvikle et konsept ”Ferie med mening”, med opphold ved tilrettelagt hotell (med infrastruktur/mat), og tilrettelagte aktiviteter. Tanken var at Valdres og Beitostølen skulle bli Norsk Astma og Allergi Forbunds sted for medlemmer og for utvikling og som utstillingsvindu. En omfattende prosess på ”universell utforming” ble gjennomført med blant annet Schneider Electric inne for optimalisering. Et konsept ble pilotert for å kunne ”jobbe pollenfritt ” i pollensesongen. Beitostølen Resort klarte ikke å ta dette konseptet videre.
- Volvat og Beitostølen Resort. Ideen her var at Volvat skulle levere en spesialfunksjon på Beitostølen til VIP – segment/hytte-segment. Beitostølen Resort klarte heller ikke å ta dette konseptet videre.
- Norges Idrettshøgskole og Beitostølen Resort (”idrettsturisme”). Dette innebar et treningskonsept rettet mot VIP-segment som for eksempel ”pre Birken”, ”pre...”. Norges Idrettshøgskole stod klare med fagressurser og studenter for å bidra i dette konseptet. Beitostølen Resort klarte heller ikke å ta dette konseptet videre og prosjektet er nå terminert.
- Helseturismekonsept – seniorsegmentet (Fagernes Hotell, Tonsåsen m.fl.). Ideen bak dette konseptet var å gjøre Fagernes Hotell til LO – pensjonistenes feriested, som en ferie med mening. Hotellet evnet ikke å videreføre konseptet.
- Konsept for behandling av utbrente (Tonsåsen og VKV i samarbeid med Høgskolen i Gjøvik). Her ble et «White-paper» utarbeidet, et opplegg designet og samarbeidsrelasjon med Modum Bad etablert. Tonsåsen evnet ikke å selge/videreføre konseptet.
- Rehabilitering av forsvarsveteraner. Prosjektet etablerte en god dialog med Veterantjenesten (Tonsåsen, Beitostølen Helsesport m.v). Et prospekt ble utarbeidet, det ble jobbet politisk, men forsvaret konkluderte med at de var ”selvforsynt”.
- Gjennomføring av pilotprosjekt finansiert av Helsedirektoratet; lærings -og mestringssenter i Valdresregionen for kronikergrupper (Tonsåsen og VKV). Det skal utvikles konsept og tjenester, brukere skal rekrutteres og pilot skal gjennomføres. Det er god dialog med kommunen om utvikling av konseptet og planen er at dette prosjektet skal følgeforskes av Høgskolen i Gjøvik, Senter for omsorgsforskning.
- Lærings- og mestringstjenester for Valdres (kronikergrupper). Dette konseptet er delvis basert på pilot finansiert av Helsedirektoratet. Det jobbes nå med et mandat fra kommunene og sammen med Frisklivssentralene. Det skal utvikles et års hjul med

tilbud, samt at det skal utvikles innhold til en koordinatorfunksjon. Fysisk skal dette lokaliseres til Valdres Lokalmedisinsk Senter (kommunalt/privatsamarbeid). Søknad er til behandling hos Fylkesmannen i Oppland.

- Lagt grunnlag for et nasjonalt pilotprosjekt på ettervern innen rus og psykiatri (Riisby og Fekjær). Her har man det jobbet politisk og konseptet er forankret i Stortingets Helse og omsorgskomite. Det er øremerket midler på statsbudsjettet for 2015 med 3millioner kroner. Dette er et samarbeid med UiO.
- Lagt grunnlag for arbeidet med ”Fekjærmodellen 2.0 ”(Fekjær, Helsesportsenteret, VKV). Her har man også jobbet politisk og prosjekter er forankret i Stortingets Helse og omsorgskomite. Prosjektet har fått en merknad til statsbudsjettet for 2015, under fysisk aktivitet og rus/psykiatri.
- Utviklet og etablert etter- og videreutdanning i oppmerksomt nærvær ved Høgskolen i Gjøvik i samarbeid med Tonsåsen, Sykehuset Innlandet, Høgskolen i Gjøvik m.fl.
- Det er gjennomført et lengre prosjektløp knyttet til å videreutvikle/etablere
- Helsesportsenterets posisjon innen hjelpemiddelsegmentet; målet er et nasjonalt referansested for tilpasning og uttesting. Dette prosjektet er finansiert av Stiftelsen Sophies Minde der Høgskolen i Gjøvik, hjelpemiddelindustri og NAV Hjelpemiddelsentral er med på prosjektet. Dette er et vellykket prosjekt, men Helsesportsenteret besluttet likevel å ikke gå videre. Muligheten for videreføring har dukker opp igjen nå.
- Etablering av Pulsslaget (utvikler og leverer trenings- og aktivitetskonsept tilpasset den inaktiv delen av befolkningen)
- Etablering av Caria (utvikling og testing av teknologiløsninger for astmakontroll og videre føre erfaringer rettet mot andre grupper med kroniske mestringsutfordringer)
- To felles anbud er vunnet av helsebedrifter

Rapporteringer fra prosjektet viser at langt flere enn 10 konsepter har blitt utviklet gjennom prosjektet (Næringshagen, 2013), men forholdsvis mange konsepter har av ulike grunner ikke blitt videreført. Prosjektet har bidratt til to bedriftsetableringer, Pulsslaget og Caria, som i dag er enmannsbedrifter. Når det gjelder anbud vunnet i fellesskap, nevnes to. Dette er langt færre enn målsettingen. Flere av prosjektene som er nevnt over har fått stor oppmerksomhet. Her kan spesielt nevnes nasjonalt pilotprosjekt på ettervern innen rus og psykiatri og Fekjærmodellen.

5.2 Kompetanseutvikling

Hovedmålet for kompetanse var at det skulle utvikles en felles struktur og strategi for kompetanseutvikling i klyngen. Delmålene er formulert i kapittel 4. Under er det punktvis satt opp eksempler på aktiviteter som har skjedd på dette området.

- Det er etablert en innovasjonsarena på mestring. Mange aktiviteter har skjedd under dette punktet; samlinger med mestring som felles tema for alle aktørene, inkludert bidragsytere fra Sykehuset Innlandet m.fl. Arbeidet pågår med ”best practise” i HIVA.
- Utviklet og etablert etter- og videreutdanning i oppmerksomt nærvær ved Høgskolen i Gjøvik i samarbeid med Tonsåsen, Sykehuset Innlandet, HiG m.fl.
- Lagt grunnlag for felles faglig plattform på mestring og videre satsing
- Det har blitt etablert relasjoner til høgskole og forsknings-aktører
- Det er gjennomført diverse kompetansetiltak med tema teknologi som muliggjør

- Det har blitt gjennomført en studietur til Tyskland (bevegelseshjelpemidler)
- HIVA har bygget tillitskapital og forståelse for nytteverdi av samarbeid
- Synliggjøring av prosjekt og aktører – nasjonale piloter
- Nye aktører har kommet inn og eksterne relasjoner er etablert
- En innovasjonsarena for teknologi er etablert

Det har skjedd en betydelig aktivitet for å øke kompetansen innen klyngen. Da det nå er bare helsebedrifter igjen i klyngen fokuserer vi i hovedsak på disse. Det er kontinuerlig arbeidet med først å finne - og så å etablere en felles plattform for kompetanseutvikling. Helsebedriftene fant at det de hadde av felles faglige utfordring gikk på mestring. Derfor har dette blitt det temaet klyngen har hatt hovedfokus på. Samtidig har klyngen satt mer og mer fokus på anvendelse av teknologi som en del av behandlingen. Klyngen er i ferd med å etablere en innovasjonsarena relatert til teknologiløsninger som muliggjør for- og sentrale elementer i mestring/rehabilitering der et utviklingsarbeid skjer i samarbeid med flere norske aktører på feltet.

5.3 Forskning og utvikling

Hovedmålet formulert på dette området var at Helse i Valdres i løpet av 2013 skal ha etablert/være ledende deltager i minst 2 FoU-prosjekter hvorav minst 2 med internasjonale deltagere. Nedenfor er aktiviteten på dette feltet gjengitt.

- Rekruttering av forskningspådriver/koordinator i 2013, inkludert finansiering bl.a. fra Oppland Fylkeskommune
- Kompetanseutvikling på søking og gjennomføring av FoU-prosjekt, samt forståelse av viktighet av forskning
- Gjennomføring av forprosjekt finansiert av Regionalt Forskningsfond Innlandet der målet er å utvikle et felles forskningsprosjekt
- Man har bragt forskningsmessig dimensjon og fokus inn i øvrige utviklingsprosjekter
- Bidratt til at Helsesportsenteret nå søker om status som egen forskningsinstitusjon

På dette området har det skjedd mindre aktivitet enn planlagt i søknaden av 2010 og 2013. FoU-aktiviteten fikk en opptur når FoU-koordinator fra Høgskolen i Gjøvik ble ansatt i 20 prosent engasjement i 2013 for å bidra på dette feltet. Gjennom arbeidet lagt ned av forskningskoordinator har klyngen har fått midler til et forprosjekt på regional samhandling der dette tar utgangspunkt i den felles utfordringen aktørene i næringsklyngen ser i sitt daglig arbeid med oppfølging av pasienter og brukere etter endt behandling- og rehabiliteringsopphold. Prosjektet gjennomføres sammen med kommunene. Forskningskoordinatoren har i tillegg til å søke om forskningsmidler, bidratt til kompetanseheving i bedriftene omkring forskning, hva det innebærer og krever av bedriftene, samt nytteverdi av slikt arbeid.

5.4 Internasjonal dimensjon

Her var hovedmålet at HIVA i løpet av 2010 skulle etablere en strategi for internasjonalisering av klyngen. Dette området har blitt mindre vektlagt da bedriftene i utgangspunktet ikke var modne for å satse på dette feltet. Det er likevel lagt ned noe arbeid i å undersøke, besøke og knytte nærmere samarbeid med noen kompetansemiljø utenfor Norge. Det er blant annet planlagt studietur til Sverige eventuelt Danmark via Innovasjon Norge Nordic, da dette er spennende velferdsteknologiregioner og aktører.

5.5 Nettverk/møteplasser og attraktivitet/omdømme

Hovedmålet var at HIVA i løpet av 2010 skulle etablere en kommunikasjonsstrategi for klyngen samt etablere det ressursmessige fundamentet for videreføring av klyngen. Her har en rekke aktiviteter skjedd der noen av disse er nevnt under.

- Det ble tidlig etablert en klyngestrategi og plan for klyngearbeidet som så ble revidert i 2013
- Dette området ble styrket i 2013 ved at ekstern kompetanse ble tilført
- En rekke kommunikasjonsaktiviteter er gjennomført: web, NRK, lokale – og regionale aviser, nasjonale klyngepublikasjoner og – konferanser
- En rekke møteplasser er etablert gjennom prosjektet, noen for klyngen og andre møteplasser der andre aktører også deltar (medlemsmøter, styringsgruppemøter, fagmøter, ulike kurs, studieturer, workshops, osv.)
- Valdreskonferansen som en nasjonal helse- og mestringsrelatert konferanse ble arrangert i 2010 og 2013, og skal gjennomføres igjen i 2015. Det satses på en videreføring av konferansen også etter dette
- Det pågår arbeid med å finne en driftsmodell for videreføring av Helse i Valdres etter Arena-perioden (september 2015)

Det er variert i hvor stor grad målene for prosjektet totalt sett er nådd. På noen områder har det skjedd stor aktivitet og formulerte mål er nådd, mens det på andre områder har skjedd mindre. En forutsetning for hele prosjektet var å få etablert samarbeid mellom helse- og reiselivsbedriftene, men dette har så langt ikke lyktes. De forklaringene som gis er at bedriftene var for ulike, personkjemi mellom ledere kan ha vært av betydning, kjedetilknytning, der ledelse i bedriftene ønsker samarbeid mens ledelsen i kjeden ikke ønsket å være med på samarbeidskonsepter. Vi ser også eksempel på at helse og reiselivsaktørene ikke hadde den nødvendige tilliten til hverandre. Selv om samarbeidet mellom disse to næringene var et mål for HIVA-prosjektet og mye arbeid er lagt i å få dette opp å stå, kan dette arbeidet være av verdi på sikt. Aktører i Valdres utenom bedriftene mener at samarbeid mellom disse aktørene fortsatt er et uutnyttet potensial for regionen.

Alle aktørene som ble intervjuet synes prosjektet har bidratt for lite til konkrete resultater. Prosjekteier synes framdriften har vært for svak i prosjektet og at bedriftene ikke har sett mulighetsrommet godt nok. Prosjektleder mener at prosjektet ikke har hatt

høy nok innovasjonsgrad. Dette mener han skyldes at bedriftene ikke har sett mulighetene i anvendelse i ny teknologi og at innovasjonspresset mot bedriftene har vært for lavt. Han mener at prosjektet heller ikke har lyktes godt nok i å synliggjøre seg som klynge fordi helsebedriftene ikke har ønsket eller maktet å løfte sin kompetanse på helse frem.

Når det gjelder de ulike hovedmålene, er det særlig under hovedmål 1, gjennomført et omfattende arbeid for å finne nye produkter og markeder for bedriftene som har tilhørt klyngen. Som nevnt har flere av disse prosjektene stoppet opp, ofte fordi bedriftene ikke har maktet/ønsket å videreføre dem. Få konsepter er ennå fullt utviklet og i funksjon som tiltenkt. På hovedmål 2, Kompetanseutvikling, har det også skjedd stor aktivitet innen klyngen særlig etter at bare helsebedriftene ble igjen. For hovedmål 3, var ansettelse av FoU-koordinator i 2013 en viktig handling for å få økt fokus og utvikling på dette området. Når det gjelder den internasjonale dimensjonen, har denne blitt mindre vektlagt. På hovedmål 4 har det skjedd aktiviteter gjennom hele prosjektperioden, men med en betydelig økning i aktivitetsnivået de siste årene. I forhold til formål med prosjektet, er det et godt stykke igjen før man kan si at HIVA har kommet dit. Man kan imidlertid si at klyngen er på riktig vei og at bedriftene som tilhører klyngen er på et helt annet nivå i dag for å nå mål enn de var i 2010.

En refleksjon fra evaluator til hovedmål og delmål er at noen av disse er svært ambisiøse. Vi tenker da først og fremst på forsknings- og internasjonaliseringsstrategier som vanligvis er svært krevende og langsiktige prosesser, også for aktører som har mer erfaring med denne typen arbeid. Man kan derfor på noen områder stille spørsmål omkring realismen i hovedmål og delmål. Et annet spørsmål er om riktig type mål ble satt. Selv om vekst i bedriftene er et viktig mål i Arena-programmet, trenger det ikke å være et mål i alle bedriftene som deltar i prosjektet. For helsebedriftene, for eksempel, ser det ut til at vekst i utgangspunktet ikke er et mål. De er primært oppfattet av faglige spørsmål og å tilby brukere et best mulig tilbud, men sekundært også å utnytte kapasiteten. Et annet forhold, er at mål for prosjekt som HIVA vil/bør endres underveis som prosjektet vokser frem. Særlig når arbeidet i starten er å få etablert en klynge av bedrifter som i liten grad har kjennskap til hverandre, bør mål være noe fleksible og kunne tilpasses retningen prosjektet tar.

6 Vurdering av prosjektets viktigste resultater

I kapittel 5 ble resultater fra prosjektet vurdert i forhold til etablerte mål. I kapittel 6 vil vi se på oppfattet effekter/resultater i bedriftene som har deltatt, uavhengig av mål med prosjektet.

6.1 Helsebedriftene

På spørsmål om de viktigste resultater av prosjektet på kort sikt, nevner de fleste helsebedriftene nytteverdi omkring etablering av klyngen og læring på ulike plan i arbeidet med felles tiltak og aktiviteter. Bedriftene nevner at det er arrangert møter og seminarer for å bli bedre kjent med hverandre og med tjenestene de enkelte tilbyr. Disse møtene har hatt en faglig vektlegging der både helsebedriftene og eksterne aktører har bidratt med faglige innspill. Gjennom møtene har deltagerne i klyngen fått et bedre grunnlag for utvikling av felles tjenesteutvikling og kompetanseheving. Samtidig har møtevirksomheten også bidratt til utvikling av tillit mellom aktørene.

Alle bedriftene har deltatt i ulike prosjekter i samarbeid med hele klyngen eller i samarbeid mellom to eller tre av bedriftene. Disse prosjektene har i hovedsak bestått i utvikling av felles anbud, utvikling av felles FoU-søknader, og utvikling av tilbud om nye tjenester. Flere sier at de ikke har fått noe konkret resultat for egen virksomhet av deltagelse på prosjektet ennå, dvs. resultat som konkret kan sies å ha endret bedriftens rutiner eller arbeidsmåter. De fleste aktører som er intervjuet synes at de har fått for lite konkrete resultater ut av prosjektet. Det er imidlertid mange aktiviteter på gang som kan gi store effekter for bedriftene på sikt. For én bedrift har prosjektet bidratt til interne endringsprosesser med hensyn til innhold i behandlingen av brukerne. Bedriften har ved hjelp av prosjektet fått støtte til å innføre ny praksis på utredning, kartlegging og behandling.

Alle helsebedriftene ser klart en langsiktig nytteverdi av prosjektet. Nedenfor har vi punktvis oppsummert hva bedriftene sier om dette:

- Det viktigste bidraget er for de fleste at det er etablert en klynge, som gir «styrke og identitet»
- Klyngen arbeider med flere konsepter som på sikt kan gi svært positive effekter og grobunn for økt samarbeid jfr. kapittel 6, Resultater.
- Alle helseforetakene ønsker å fortsette samarbeidet i klyngen og ser klart nytteverdien av å samarbeide. Av fordeler nevnes: «ved å samarbeide kan man løfte hverandre», «sammen kan man gi et mer helhetlig tilbud og dermed tilby et bedre produkt», «får større muskler når man samarbeider», «vi får muligheter gjennom HIVA vi ikke kunne få til alene», «gjennom å få etablert felles FoU-prosjekter og således få til ting på tvers, kan alle utvikle seg fremover», «Ved samarbeid blir vi sterkere og vi representerer en merkevare», «Det er lettere å få gehør i ulike fora når man representerer en klynge».

- Flere nevner at det tar tid å bygge tillit og trygghet og å arbeide mot et felles mål. Én aktør sier at «resultatene er i hodene på folk, vi tenker på en ny måte, nå er bedriftene handlingsivrige». Det hevdes å være stor motivasjon i gruppen og de fleste mener at arbeidet har resultert i en varig effekt. Aktørene ser at de står styrket for fremtiden gjennom samarbeidet.
- Flere nevner at samarbeidet har bidratt til læring, og at de ser potensielle muligheter for klyngen gjennom at de har noe til felles. De fleste nevner økt kompetanse som resultat av prosjektet, økt fokus på FoU, økt forståelse for viktighet av FoU og kunnskap om nye kanaler for å søke forskningsmidler. En aktør sier at «nytteverdi har vært at vi har fått mer oppmerksomhet på hva vi mangler og bør ha mer fokus på (...). En annen nevner at de har lært mye av prosessen med å utvikle søknad for å få midler til utvikling av nytt produkt. De har blant annet lært at man må være i tett dialog med kunder før man setter i gang med en slik prosess.
- Faglig sett føler også bedriftene at de har økt sin kompetanse. «Vi har fått økt bevissthet på ulike ledd i behandlingen og fått drahjelp til å tenke nytt (...)». Det fremheves også tilførsel av ny kompetanse på metodikkutvikling.
- Flere nevner at de har lært at det kan være nyttig å arbeide politisk, noe de ikke har erfaring med fra tidligere.
- Alle bedriftene har etablering av nye nettverk både nasjonalt og noen også internasjonalt som resultat av prosjektet. Dagens styringsgruppeleder sier at «vi vurderer å ta inn flere bedrifter i klyngen, nasjonalt ledende aktører» (...). «Det er viktig å se ut over landets grenser for å hente inn kunnskap og viten» (...) «Koblinger til andre kompetente aktører er viktig for å styrke bedriftene».
- Bedriftene har lært at de må bli mer robuste og se mer fremover. «Vi har forbedret evnen til å tenke alternativt og mer langsiktige tanker (...). Det er viktig å være i forkant av endringsbehov». «I dag tenker bedriftene mer langsiktig, internasjonalt, har innovasjonsfokus, har etablert kontakt med andre land som har kommet langt innen psykiatrien, - vi ønsker å utvikle oss».
- Flere nevner også at Valdres er i ferd med å bli en sterk merkevare for helse og behandling
- Det positive med å ha kollegaer å kontakte lokalt blir også verdsatt av bedriftene

Ifølge prosjektleder arbeider helsebedriftene mye tettere sammen i dag enn tidligere, de er nærmere knyttet sammen. Det er bygd et konsortium av gruppa der aktørene har opparbeidet tillit til hverandre. Prosjektet har definert felles FoU-prosjekt og det er satt større fokus på muligheter i fremtiden. Bedriftene har løftet blikket, og ser i dag muligheter i kobling til teknologi. Nå deltar alle aktørene på møtene, noe som ikke var tilfellet tidligere.

6.2 Reiselivsbedriftene

De to reiselivsbedriftene som ble intervjuet var med på flere forsøk på å utvikle nye konsepter for helseturisme, noen i samarbeid med helsebedrifter og noen i samarbeid med andre reiselivsbedrifter. Selv om det ble lagt relativt store ressurser i utvikling av nye konsepter i disse bedriftene, ble det ikke noe konkret resultat av dette arbeidet. Den ene bedriften tar noe selvkritikk for manglende resultater. De var i en svært vanskelig

økonomisk situasjon og fokus var mest på å «redde» bedriften. Ellers sier begge reiselivsbedriftene at de konseptene prosjektet jobbet med var interessante for bedriften.

6.3 Evaluators vurdering av resultater

Prosjektet har etter hvert klart å etablere en bedriftsklynge bestående av helsebedrifter som begynner å fungere etter sin hensikt. Dette har skjedd gjennom mange ulike aktiviteter som har blitt definert i prosjektet, men som bare delvis er gjennomført (kapittel 5). Disse aktivitetene har ført til at bedriftene har blitt bedre kjent med hverandre og etablert tillitsforhold slik at de ser muligheter og nytteverdi i felles utviklingsprosjekter fremover. De mer kortsiktige effektene som kan ha nytteverdi når aktiviteter skjer, som etablering av nye kontakter, læring om FoU, faglig kompetanseheving gjennom kursing, osv. vil i mange tilfeller også ha effekt på lengre sikt for en styrket og mer robust bedriftsgruppe innen helsesegmentet.

Effektene som nevnes går mye på endring av holdninger og generelt måte å tenke på i bedriftene. Samtidig pågår en relativt stor aktivitet i forbindelse med ulike møter, kurs, seminarer og konseptutvikling i tilknytning til klyngen, aktiviteter som ikke pågikk tidligere. Bedriftene har fått en mer helhetlig forståelse for egen rolle, muligheter og utfordringer, og et helt annet grunnlag for å foreta strategiske veivalg enn tidligere. De ser nye muligheter for å styrke seg selv og klyngen fremover gjennom samarbeid, og at eksterne nettverk er en nødvendighet for utvikling. Gjennom prosjektet så langt er det bygget et fundament for videre utvikling av klyngen, med etter vår oppfatning et stort potensial. Det har imidlertid skjedd lite av konkrete effekter i helsebedriftene ennå.

Når det gjelder klyngens ressursmessige fundament, har antall deltagere i klyngen blitt redusert i løpet av prosjektperioden. I 2010 ble 10 bedrifter definert i klyngen, åtte i 2013 og fire i 2015. Selv om etablering av en rekke eksterne samarbeidsrelasjoner har bidratt til å øke det ressursmessige fundamentet for klyngen, så er klyngen i seg selv svært «tynn» med bare fire helsebedrifter. For å nå visjoner og mål med HIVA trengs nok en styrking av klyngen med flere bedrifter enn i dag.

Det å ha etablert en klynge av helsebedrifter er spesielt i norsk sammenheng. Dette er bedrifter som har levd av å vinne anbud og som i mindre grad har hatt fokus på FoU da systemet de opererer under ikke har gitt mye rom for dette. Disse bedriftene arbeider på områder som er svært viktig for livskvalitet til folk, samtidig som offentlige utgiftene til brukerne utgjør betydelige summer i statsbudsjettet. Forbedret behandling kan derfor gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster. Da bedriftene er små, med varierende ressurser, men gjerne med komplementær kompetanse, kan det være mye å hente på samarbeid for å styrke bedriftene og kvaliteten på tilbudet. Det arbeidet som er gjort for å etablere en helseklynge i Valdres og de konseptene som har kommet opp gjennom dette samarbeidet, bør være av interesse langt ut over regionens grenser. Kunnskapen fra prosjektet er et viktig innspill til dagens anbudspolitik og en endring av denne slik

at det i større grad åpnes for muligheter som ligger i økt samarbeid mellom bedrifter og helseaktører for innovasjon og utvikling innen helsesektoren.

6.4 Sannsynlighet og forutsetninger for varige effekter

Fra medlemmene i klyngen nevnes spesielt to forhold som viktige for at klyngen fortsatt skal kunne utvikle seg. Det ene er at man etter hvert får finansiert felles prosjekter, slik at man har konkrete prosjekter å samarbeide om. Dette vurderer også evaluatoren som viktig. Et samarbeid forutsetter at man etter hvert får et konkret innhold i samarbeidet, ellers vil det sannsynligvis rakne av seg selv. Som nevnt arbeides det langs flere spor for å få dette til. Det andre forholdet som nevnes av bortimot alle aktørene som ble intervjuet, går på prosjektleder. De fleste mener at prosjektleder fortsatt er svært viktig for å holde klyngen sammen og utvikles. Helsebedriftene uttrykker blant annet at «det er et stort tap for prosjektet om ikke prosjektleder er med videre». De mener at hans medvirkning er en avgjørende suksessfaktor for klyngen og samarbeidet videre. Han er «limet i klyngen». Bedriftene ser ut til å ha stor motivasjon for videre samarbeid, men mangler i utgangspunktet ressursene til å drive dette. De ser det som svært viktig å få finansiert opp PL videre.

Både prosjektleder og forskningskoordinator mener at klyngen er for umoden til å ta ansvar for egen utvikling. Denne oppfatningen er koblet til ressursituasjonen - å ha tid og ikke minst kompetanse til å drive frem og kjøre felles prosesser. I forhold til satsingen på FoU-prosjekter, ser forskningskoordinator store utfordringer uten en ekstern aktør som kan initiere og drive frem prosesser. Bedriftene har liten kompetanse på og kapasitet til å drive med forskning og liten forståelse for hva som kreves av ressurser og tid for å drive fram og gjennomføre forskningsprosjekt.

Med bakgrunn i de oppfatningene som kommer frem over, er det mye som tyder på at klyngesamarbeidet HIVA ikke er bærekraftig i dag uten ekstern støtte til å fasilitere prosjektet. Ifølge teorien avhenger varig samarbeid av at aktørene utvikler forståelse av gjensidig avhengighet, det vil si at for å nå mål ser man at man er avhengig av de andre i klyngen (Flatnes et al, 2014). Så lenge klyngesamarbeidet ikke har bidratt til konkrete resultater i bedriftene, så er avhengigheten fortsatt ikke reell selv om bedriftene ser fordeler i å samarbeide. Et annet forhold som gjør at prosjektet sannsynligvis ikke er bærekraftig, er at ledelse av denne type prosjekt er krevende, og det er usikkert om helsebedriftene har ressurser og kompetanse til å drive prosjektet uten ekstern fasilitator.

Man kan imidlertid se for seg at de mest ressurssterke bedriftene kan fortsette samarbeidet på ulike felt uten en fasilitator, men dette vil sannsynligvis ikke skje som del av en klynge, men mer løsrevet slik at klyngeeffekten og merkevaren kan forsvinne. Med en fasilitator derimot, kan klyngen som sådan være liv laga. Ideelt sett burde Helse i Valdres fortsatt ha vært en del av Arenaprogrammet, da klyngen først nå er på et

modenhetsnivå som sannsynligvis ville gitt positive utslag for videre utvikling av klyngen.

Oppsummert er vår vurdering at sannsynligheten for varige effekter øker hvis prosjektet blir videreført med en ekstern fasilitator, fortrinnsvis prosjektleder som kjenner bedriftene og er godt inne i alle aspekter ved prosjektet. I tillegg oppfatter vi det som viktig at man etter hvert lykkes med å realisere konsepter og får konkrete effekter av samarbeidet i klyngen. Som nevnt tidligere vil sannsynligvis en styrking av klyngen ved å utvide med flere medlemmer også være viktig fremover for at den skal nå en ledende posisjon i det nasjonale markedet på sitt felt. Det er flere mulige samarbeidspartnere både i Valdres og andre steder i landet som kan styrke bedriftsgruppen. Flere ressurssterke bedrifter sammen øker sannsynligheten for å kunne gjennomføre større og viktige prosjekter av nasjonal og internasjonal betydning. Bare fire bedrifter er en svært sårbar gruppe.

7 Organisasjon, ledelse, roller og forankring

Som nevnt i kapittel 4, er prosjektet organisert som Arenaprogrammet krever med styringsgruppe, prosjektleder og prosjekteier. I august 2014 ble prosjektet omorganisert. Klyngen ble redusert til helsebedriftene og styringsgruppa ble redusert til lederne i disse bedriftene. Prosjektet ble mer bedrifts-styrt, der det styres i et partnerskap mellom medlemmene i klyngen og Norviken Management. Det innebærer at klyngen i dag (anført av Beitostølen Helsesportsenter) er ansvarlig for rapportering til Innovasjon Norge.

Valdres Næringshage initierte prosjektet og var prosjekteier frem til 2014. Dette innebar at Næringshagen var med i styringsgruppa for prosjektet og deltok aktivt i jobbing med prosjektet der det ut fra næringshagens rolle som prosjekteier og næringshage var naturlig.

7.1 Styringsgruppa

Styringsgruppa for prosjektet har endret seg med årene. Som nevnt var både næringsaktørene og bedriftene enige om at møtene i styringsgruppe den første tiden ga lite konkret nytteverdi. Følgende karakteristika brukes for å beskrive den første perioden av prosjektet: «Trang fødsel for prosjektet», «Tålmodighetsprøve». «Det tok lang tid før rett gruppe ble etablert». «Lite profesjonelt og mye synsing i starten, med møter for møtets skyld». Bedriften følte ikke at den fikk noe igjen i starten og tenkte å trekke seg ut av prosjektet. Møtene beskrives som mer allmøter der informasjon ble utvekslet og gruppa var for stor til å ta en retning. Ifølge styringsgruppeleder fungerte ikke gruppa som en styringsgruppe. Flere nevner at gruppa kunne vært tydeligere, mer målrettet innledningsvis. Styringsgruppeleder sier også at gruppa burde tatt mer initiativ, og «rollen som lokomotiv». Leder for styringsgruppa de første årene hadde tro på en inkluderende holdning, det vil si å ha med alle aktørene i gruppa. Det brede fokus var villet fra styringsgruppens side, det vil si alle deltagende bedrifter. Senere fant styringsgruppeleder ut at det ikke var nødvendig at alle var med på alt. Han burde krevd «mer aktørdeltagelse, klarere prioriteringer på hva man skulle satse på og innse at ikke alle trenger å være med på alt». Andre deltagerbedrifter tok også selvkritikk på egen rolle i prosjektet, der flere ser at de kunne ha tatt en mer fremtredende og aktiv rolle i prosjektet enn de hadde.

Et annet forhold som første styringsgruppeleder nevner er at prosjektet tidligere burde bli bedriftseid, det vil si at styringsgruppa burde ta over styringen fra Næringshagen (NH) tidligere. «I starten følte det som om det var NH sitt prosjekt, mens det var vårt ansvar og våre mål som skulle tilfredsstilles». Det var NH som la grunnlaget for prosjektet, men «de burde ha stilt større krav til oss slik at slik at vi fikk kjenne ansvaret». Dette gjelder ansvar for både resultater og økonomi. (Første styringsgruppeleder).

Prosjektleder oppfattet styringsgruppa som lite målrettet i starten med for ulike bedrifter som ikke fulgte opp initiativ. Styringsgruppeleder bekrefter dette og sier at «Prosjektleder måte stramme oss opp, han ønsket mer bedriftsinitiativ, dvs. økt bestilling fra gruppa». Prosjektleder initierte ideer og prøvde å få med bedriftene.

Etter at klyngen ble redusert til helsebedrifter, ser styringsgruppen ut til å fungere godt. Prosjektleder initierer fortsatt aktiviteter, men har engasjerte ledere med. Nå har styringsgruppen en tydelige retning og klarere prioriteringer, og stiller mer krav. Etter at prosjektet ble omorganisert i 2014, er helsebedriftene fornøyde med organiseringen. De mener at klyngen har de riktige deltagerne i dag og fungerer godt med dagens leder og prosjektleder.

7.2 Prosjektlederrollen

Helsebedriftene er svært fornøyd med prosjektleder (PL). Han jobber for bedriftene og tar direkte kontakt hvis han ser muligheter. Han bidrar også direkte for bedriften med tips og muligheter. Prosjektleder beskrives som en «typisk kobler, flink døråpner, fleksibel, morsom å være sammen med og grunnleggende entusiast». Videre beskrives han som en «god katalysator, god å samarbeide med, kaster godt ball med alle i klyngen, skjer mye positivt, telefonmøter, videokonferanser, fagseminar i Oslo for å oppleve noe sosialt sammen» (...). PL er «lydhør» for alle aktørene, «ikke dominerende, god til å pushe, har kompetanse til å rigge klynge, drive ting frem, engasjere, utfordre, finne samarbeidspartnere», «PL har god bakgrunn for vårt formål, fagkompetanse har vi selv».

Alle helsebedriftene er enige i at prosjektleder er rett person for oppgaven. «Vi hadde ikke klart å komme dit vi er i dag selv». Samtidig så sier flere av bedriftene at merverdien i hans kvaliteter ikke var så lett å se i starten, men at dette er noe de har lært etter hvert i prosjektet. I starten var det «skummelt med noen som kan noe annet enn seg selv, først nå skjønner vi hva prosjektleder kan bidra med». PL nevnes av alle helsebedriftene som en styrke ved prosjektet. «En prosjektleder som kommer «utenfra» har vært spennende og lærerikt å jobbe med». «I starten var det «skummelt» når noen kan noe annet enn en selv. «Først etter en stund så vi hva prosjektleder kan bidra med inn i prosjektet». Han stiller andre spørsmål og ser andre muligheter» (...). Det er sunt å jobbe med folk som er ulik en selv». En rekke positive forhold omkring PL kommer til uttrykk fra bedriftene og viktigheten av PL for videre arbeid. Tidligere styringsgruppeleder sier at prosjektleder har tatt et stort ansvar, og at bedriftene har lent seg for mye på PL. «Vi burde tatt flere baller. Styringsgruppen burde vært klarere på prioriteringer». Alle helsebedriftene opplever å ha god kjemi med PL og mener at prosjektleder har god kjemi med både forhenværende og dagens styringsgruppeleder. Ifølge PL var rollen i starten å bygge plattform og tillitsbygging. I august 2014 satte PL et ultimatum. Hvis bedriftene

ikke tok mer ansvar, så anbefalte han avvikling av prosjektet. I kursendringen som fulgte da, ble kjernen av bedriftene igjen, resten ble skrellet av.

Prosjektlederjobben har utvilsomt vært en spesielt utfordrende jobb i dette prosjektet da bedriftene i liten grad var modne for prosjektet og forankringen viste seg å være svak. Det har likevel vært et stort aktivitetsnivå i prosjektet der disse ble initiert av prosjektleder. I tillegg til å initiere og dra prosjektet har prosjektleder også hatt mye arbeid med å skaffe finansiering til prosjektene. Prosjektleder har lagt ned et stort arbeid i å komme dit man er i dag og utnyttet nettverket sitt. I dette arbeidet har Næringshagen vært en god diskusjonspartner og støttespiller, samt at kompetanse og erfaring fra aktører knytte til Arenaprogrammet og andre Arenaprojekter har vært viktig.

7.3 Forankring

Det er mye som tyder på at prosjektet ikke var spesielt godt forankret i bedriftene i starten. Helsebedriftene sier blant annet at de ikke skjønnte hva prosjektet innebar, det var uklart hva målet var og bare én av helsebedriftene så i utgangspunktet noen mulighet i å samarbeide med reiselivet. Ifølge disse bedriftene begynte de positive effektene først å skje når klyngen ble redusert til bare helsebedrifter og disse fikk ansvar for prosjektet selv.

Etter at prosjektet ble omorganisert og klyngen redusert til helsebedriftene, har prosjektet blitt godt forankret blant ledelsen i bedriftene. Alle aktørene sier at det er en «vi-følelse» i prosjektet og det at «alle ønsker å delta i klyngen og deltar på møtene er et godt tegn på at prosjektet er forankret» i bedriftene. Ifølge noen av informantene har HIVA vært negativ ladet blant ansatte i helsebedriftene. Prosjektet har medført mer arbeid for noen ansatte og det har ikke alltid vært full forståelse for verdien av dette ekstra arbeidet. For å sikre ytterligere forankring i organisasjonene er i dag 2-3 personer fra hver institusjon med på møtene i klyngen. Dette oppfattes som viktig for å få flere ansatte engasjert i samarbeidet for å øke sannsynligheten for økt intern effekt.

Oppsummert kan vi si at prosjektets hovedaktører vurderer rollene i prosjektet ganske likt. Prosjektet fungerte dårlig i starten, det var ikke godt nok forankret og det tok lang tid før helseklyngen ble etablert. For mange og ulike aktører var med i Styringsgruppen og gruppen klarte ikke å sette klare nok mål og foreta nødvendige prioriteringer. Etter hvert som klyngen ble omorganisert og bare med helsebedrifter, har klyngen fungert godt og det er stor motivasjon for å fortsette arbeidet i klyngen som alle helsebedriftene oppfatter som nyttig og viktig for egen utvikling. Bedriftene i dagens klynge er svært fornøyd med PL som de ønsker å ha med videre når prosjektet utløper.

Ser vi på prosjektets roller i et læringsperspektiv, kan endringer og tilpasninger underveis i prosjektet sees på som et resultat av læring. Selv om endringene i roller har tatt noe tid, ble styringsgruppen etter hvert endret for å kunne fungere bedre.

Næringshagen overlot prosjektansvaret til bedriftene, noe som også representerer en tilpasning. Prosjektleder har endret sin rolle etter hvert som prosjektet har utviklet seg og bedriftene har tatt mer ansvar. Ledelsesfunksjonen har blitt tilført komplementære ressurser underveis ettersom behov for dette ble tydeligere. Organisering av prosjekter har blitt sterkere koblet til bedriftene og involvering av flere ansatte i bedriftene og deres styrever har vært viktig for å styrke forankringen og engasjementet. Prosjektet har evnet å tilpasse seg situasjonen etter hvert som den har utviklet seg, selv om noen aktører mener at denne tilpasningen i noen tilfeller burde skjedd raskere. Når prosjektperioden nå går mot slutten, er mye arbeid lagt i å finne en god løsning for hvordan arbeidet i klyngen skal videreføres utenom Arenaprogrammet. Det gjenstår å se hvordan dette går, men det er stor motivasjon i klyngen for å få til en videreføring av klyngesamarbeidet med de konseptene man arbeider for å utvikle.

8 Vurdering av styrker og svakheter ved prosjektet

8.1 Styrker

Næringsshagen i Valdres (NH) var avgjørende for å få etablert prosjektet og har lagt ned et viktig arbeid både før etablering av Arenaprojektet og under prosjektperioden som har styrket prosjektet.

Det at man klarte å etablere en klynge er en styrke ved prosjektet. HIVA jobber godt i dag, bedriftene drar veksler på hverandre og står sterkere – og gjennomfører konkrete og viktige delprosjekter med nasjonal finansiering. Aktørene samarbeider og ønsker å hjelpe hverandre. De har forbedret evne til å tenke alternativt og langsiktig. Aktørene har fått utvidet nettverket sitt nasjonalt og internasjonalt og søkt om og fått i gang eksternt finansiert prosjekter. De er i ferd med å utvikle en merkevare for Valdres.

Prosjektleder har vært og er en styrke ved prosjektet. Han har, til tross for et svært krevende utgangspunkt, klart å få etablert klyngen av helsebedrifter som nå er svært motiverte til å videreføre samarbeidet i klyngen. Helsebedriftene vektlegger også prosjektlederen sin rolle som avgjørende for at man har kommet dit man er i dag.

Det er en styrke ved prosjektet at det har blitt jobbet med interessante aktiviteter for klyngen og for deres kunder, og det er gode prosjekter på gang for å styrke klyngen. Det at noen stødige og toneangivende bedrifter er med i klyngen gir grobunn for å bygge gode prosjekter fremover.

En annen styrke er samfunnsrelevansen i prosjektet. Helse og omsorgsdepartementet har det største budsjettet og reformer/innovasjon på dette området er viktig for fremtiden. Det er et stort potensial for innovasjon i denne bransjen og for Valdres sin del representerer disse helsebedriftene viktige arbeidsplasser.

PL har ellers erfart at som deltager i Arenaprogrammet er det lettere å få finansiert opp nye prosjekter enn om man ikke deltar i et slikt program. Det gjør det mulig å få igangsatt prosjekter.

Det at prosjektets deltagere har økt sin kompetanse og deltar aktivt på en rekke møter og aktiviteter for utvikling av klyngen må sees på som en styrke ved prosjektet.

8.2 Svakheter

Et forhold som oppfattes som en svakhet av alle aktørene intervjuet, er måten styringsgruppen ble ledet på de første årene. Det var for mange og for ulike aktører som deltok og for lite spissing. Etter hvert ble fraværet stort fordi møtene ga lite nytteverdi.

Selv om det ble lagt ned et betydelig arbeid med helsebedriftene også før Arenaprojektet ble etablert, viste det seg at prosjektet ikke var godt nok forankret i bedriftene fra starten, noe som kan oppfattes som en svakhet ved prosjektet.

En annen forklaring på vansker med å få til samarbeid mellom helse- og reiselivsbedriftene er at bransjene i utgangspunktet var for ulike. Bedriftene kaller det «kulturkonflikt» mellom aktørene som var for ulike til å kunne samarbeide. I følge én av helsebedriftene var det vanskelig å finne felles mål. «Reiseliv fokuserer på en annen målgruppe og har «andre penger». Vi er en privat stiftelse der hovedmålet ikke er å tjene penger» (...). Vi har ulik filosofi og verdigrunnlag». Teori på klynger viser at hvis medlemmene er for ulike, er det svært vanskelig å få etablert et klyngeprosjekt. Derfor kan det sies å ha vært en svakhet ved prosjektet at partene var for ulike, noe som gjorde samarbeid svært vanskelig.

Et par av helsebedriftene ser det som en svakhet ved prosjektet at Næringshagen for lenge var prosjekteier. Dette mener de bidro til å ta bort ansvaret for resultater fra bedriftene. Implisitt i dette ligger at bedriftene gjennom dette ansvaret ville tatt mer ansvar og fungert mer som drivkraft også i prosjektet.

Klyngen var ikke godt nok utviklet ved oppstart av Arenaprojektet. Bedriftene hadde for liten kjennskap til hverandre i utgangspunktet. Det har ført til at mye av arbeidet de første årene har gått til å finne ut hvem som var naturlige medlemmer i en klynge og etablering av denne klyngen. I forhold til Arenaprogrammet, burde dette prosjektet ifølge prosjektleder være et «pre-Arenaprojekt», der klyngen derigjennom ble løftet på et nivå klare for Arena, dvs. moden for å starte et samarbeid. «Da kunne samlingene hatt et riktig fokus». Han mener at prosjektet i utgangspunktet var for ambisiøst beskrevet i søknaden i forhold til bedriftenes modenhet.

Oppsummert kan man si at svakheter ved prosjektet var at bedriftene som var forutsatt å skulle samarbeide og representere klyngen var for ulike og for umodne til å starte i et klyngeprosjekt som det er ment å skulle fungere. Samtidig var prosjektet for dårlig forankret i bedriftene. Det at styringsgruppen fungerte dårlig de første årene er også en svakhet som delvis kan skyldes heterogenitet i bedriftsgruppen, umodenhet og dårlig forankring.

9 Hva har man hatt problemer med og hvorfor?

Det kan se ut som prosjektet har hatt tre hovedutfordringer som kan sies å ha hemmet utviklingen av prosjektet og klyngen. En viktig utfordring var at helsebedriftene og reiselivsbedriftene var såpass ulike, slik at det var vanskelig å få til samarbeid mellom bedriftene. Bedriftene sier selv at de opplevde en form for kulturkollisjon i møtet med den andre gruppen bedrifter. De har ulike mål, produkter/tjenester, og ulike markeder. Mens reiselivsbedriftene opererer med en kort tidshorisont (uker og måneder), har helsebedriftene en tidshorisont som tilsvarer anbudsperioden som er på flere år. Mens fokus hos reiselivsbedriftene er på det private reiselivsmarkedet, er fokus hos helsebedriftene på de offentlige helseforetakene som er deres kunder, samt brukere av tilbudet. Denne ulikheten gjorde kommunikasjonen vanskelig og det vanskeliggjorde også etablering av tillit. Et eksempel på dette er at helsebedriftene ikke ønsket å koble seg til reiselivsprodukter de ikke hadde kontroll med i frykt for at navnet deres ble misbrukt. Denne situasjonen endret seg med bare helsebedrifter i «klyngen».

Den andre hovedutfordringen var at bedriftene og klyngen var for umoden til å delta i et slikt samarbeid ved etablering av prosjektet. Bedriftene så ikke klart mulighetene som lå i et klyngesamarbeid og var derfor heller ikke særlig motivert for å etablere samarbeid. De hadde ikke mottakskompetanse til å takle et klyngesamarbeid. Som Hassinger (1959) referer til så var de mest opptatt å videreutvikle seg faglig i samme retning som tidligere. De så ikke tydelig nok sine egne utfordringer fremover, samfunnets behov for nye og billigere teknologiske løsninger som muliggjør i behandlingen og viktigheten av FoU for å utvikle seg selv og klyngen.

Tredje hovedutfordringen går på forankring av prosjektet i deltakerbedriftene, både innledningsvis i forhold til klyngesamarbeid og underveis mht. konseptutvikling. Som beskrevet tidligere var det prosjektleder som initierte prosjekter og drev prosessene for bedriftene. Mangel på implementering av konseptene kan i noen tilfeller være et tegn på at disse ikke var godt nok forankret i bedriftene.

Det at styringsgruppen som innledningsvis ble etablert var for stor og fungerte dårlig kan sies i hvert fall delvis å være en konsekvens av de forholdene som ble diskutert over. Det ble ikke formulert mål og foretatt prioriteringen i gruppen fordi dette ikke var lett i en såpass heterogen gruppe som var umoden i forhold til klyngesamarbeid. Det at prosjektet også var dårlig forankret vanskeliggjorde dette arbeidet. Årsrapporter fra prosjektet viser at dette ble oppfattet som et problem allerede etter første år (2010), og behovet for å redusere gruppen i antall ble nevnt som et viktig tiltak. Det samme ble nevnt i årsrapporten for 2011. Likevel ble ikke styringsgruppen redusert i antall før i 2013, når fase to startet.

Evaluatør mener at det på mange måter var naturlig for styringsgruppeleder å tenke slik i utgangspunktet. Prosjektet var definert til å bestå av begge disse bedriftsgruppene og mål med prosjektet var knyttet til dette samarbeidet. Det tok tid å teste ut både samarbeidsevne og vilje, og ikke minst hvem som mest naturlig hører inn under en klynge. Det ble testet ut mange konsepter med ulike bedrifter, og det var ikke tydelig hvem som burde delta i klyngen før etter flere år. Det var sannsynligvis ikke helt enkelt for styringsgruppeleder å lede dette arbeidet av svært ulike bedrifter og ledere med til dels sterke personligheter som var blandet i ønsket om å samarbeide. Derfor kan man også si at måten prosjektet i utgangspunktet var definert på ga leder av styringsgruppen en vanskelig oppgave.

10 Vurdering av de viktigste suksessfaktorene

Flere faktorer har vært viktige for å få etablert en «klynge» av helsebedrifter i Valdres. Én suksessfaktor er Valdres Næringshage som i flere år arbeidet med å kartlegge og få med bedrifter for å få etablert prosjektet samt rekruttert prosjektleder. Et betydelig arbeid ble lagt ned av NH i samarbeid med prosjektleder for å utvikle klyngen.

En annen suksessfaktor er prosjektleder. Han har vært drivkraft og motivator og sterkt bidratt til etablering av dagens klynge med engasjerte og motiverte helsebedrifter. Et forhold som var viktig for å nå dit man er i dag, var omorganisering av prosjektet og avskalling til bare helsebedriftene. Dette var ifølge helsebedriftene et vendepunkt i prosjektet. Det at noen av helsebedriftene har «muskelkraft» til å dra samarbeidet kan også oppfattes som en suksessfaktor. Hvis ingen av aktørene kan bidra med ressurser til å drive prosjektet fremover, klarer man ikke å holde klyngen sammen.

Finansieringsmuligheter gjennom deltagelse i Arenaprogrammet blir nevnt som en viktig faktor for å lykkes. Det er enklere å få finansiert opp satsinger når man er innenfor programmet. Ansettelse av forskningskoordinator i 2013 har vært viktig for prosjektet for å få satt større fokus på forskning, opplæring omkring forskningsprosessen og for å få startet prosessen med å søke etter forskningsmidler. Alle bedriftene synes denne prosessen har vært lærerik og nyttig. Ifølge prosjektleder var også kompetanse- og erfaringsoverføring fra Arenaprogrammet og andre Arenaprojekter en viktig faktor for å lykkes.

11 Læring på programnivå og regionalt nivå - redskapsutvikling i regionalt innovasjonsarbeid

I dette kapitlet blir ulike resultater av evalueringen drøftet. Noen av disse temaene ble også tatt opp i forbindelse med møtet i Valdres 8. april, der ulike aktører var samlet for å diskutere resultater av evalueringen og læring på program- og regionalt nivå.

Et spørsmål som kan være naturlig å stille i forbindelse med HIVA er når en klynge er «moden» for å starte i et Arenaprojekt. I Valdres var bedriftene i liten grad kjent med hverandre, slik at tillit måtte bygges opp fra grunnen. Det bedriftene i klyngen hadde til felles var at de var lokalisert til samme geografisk region. Det var med andre ord ikke utviklet sosial kapital i utgangspunktet mellom bedriftene, noe som er viktig å ta hensyn til når man designer og iverksetter et klyngeprosjekt (Ekliner- Frick et al, 2011). Det var med andre ord snakk om en potensiell klynge der det i hovedsak var aktørene rundt bedriftene som så potensialet i klyngen. Det er enighet blant alle aktører om at bedriftene i HIVA ikke var moden for å delta i Arenaprogrammet. De var ikke på et nivå som gjorde at de innledningsvis var mottagelige for å ta imot den hjelpen prosjektet kunne tilby. Det var behov for mer grunnleggende arbeid og bevisstgjøring rettet mot enkeltbedrifter og klyngen for å komme på et nivå som gjorde dette mulig. Samtidig følte heller ikke alle bedriftene behov for samarbeid, spesielt ikke helsebedriftene i forhold til reiselivet. Ifølge Innovasjon Norge finnes det i dag en annen type virkemiddel som bedre er tilpasset det modenhetsnivået bedriftene i Valdres var på. Samtidig kom det også frem at det ikke er gode nok tilbud fra Innovasjon Norge til bedrifter i rurale strøk med en fragmentert næringsstruktur.

Et annet spørsmål er når en gruppe bedrifter er for heterogene til å kunne fungere som en klynge. Ulikhet kan knyttes til ulikhet i produkter/tjenester og markeder som var tilfellet for de to bedriftsgruppene i HIVA-samarbeidet. Et samarbeid om utvikling av nye produkter til nye markeder representerer en risikofylt strategi for alle bedrifter. En slik strategi krever ny kunnskap og kompetanse, og vanligvis store ressurser for å lykkes. For helsebedriftene ville det å satse på det private markedet representerer en helt ny målgruppe og nye produkter måtte tilpasses denne. Da er det naturlig at de heller ønsker å satse videre på det de kan og som det også er behov for å videreutvikle. Dette forholdet kan derfor også bidra til å forklare at prosjektet ikke lyktes med å få til samarbeid på tvers av næringene.

I utvikling av klynger som i HIVA skjer det kommunikasjon på ulike plan. Med prosjektleder uten erfaring med helsebedrifter har han hatt behov for kunnskap om disse bedriftene for å forstå deres virksomhet. Helsebedriftene har hatt behov for å forstå viktigheten av å utvikle seg og stå samlet for å bli mer robuste for fremtiden, men også nødvendige aktiviteter og prosesser knyttet til utvikling. For å få overført nødvendig informasjon har kommunikasjon vært avgjørende. I HIVA ser vi at både bedriftene, med

reiselivsbedrifter og helseforetak var svært ulike, men også prosjektleder og helseaktørene kom fra ulike «bedriftsverdener». Derfor var nok utfordringene store i starten også kommunikasjonsmessig, og det var krevende å oppnå felles forståelse av situasjonen. Utfordringer på dette området kommer tydelig frem i intervjuene med aktørene som nevnt tidligere. I dag er som nevnt helsebedriftene svært tilfredse med prosjektleder og ønsker å ha han med videre i klyngen, men i starten opplevde de kommunikasjonen vanskelig. Denne erkjennelsen viser at det har skjedd en utvikling av kommunikasjonen over tid mellom PL og helsebedriftene som gjør at de nå forstår hverandre og verdsetter hverandre mer enn i starten av prosjektet. Det at prosjektleder har en annen bakgrunn blir i dag oppfattet som svært positivt for prosjektet, fordi han har sett muligheter de andre aktørene ikke ser. En lærdom av dette er at ulikhet påvirker kommunikasjonsprosesser, men kan bidra svært positivt hvis prosessene bidrar til felles forståelse. Slike kommunikasjonsprosesser tar gjerne noe tid.

Som vi kan se av tilbakemeldinger fra bedriftene og prosjektleder, så var det prosjektleder som de første årene initierte prosjekter for gruppen av bedrifter. Det innebærer at det for bedriftene ikke i utgangspunktet var et åpenbart problem eller problemområde/mulighet fra deres synspunkt som ble satt i fokus. Dette vil gjerne medføre at bedriftene heller ikke føler eierskap til problemstillingen og at engasjementet ikke blir så stort. Dette betyr ikke at bedriftene ikke hadde behov for å utvikle nye prosjekter og utvikle sin kompetanse for å kunne styrke seg for fremtiden, men de så ikke dette behovet så klart selv. Helsebedriftene kjente hverandre for dårlig til å se klart hva som lå av muligheter i samarbeidet innledningsvis. De måtte gjennom en lang prosess i fellesskap for å tydeliggjøre dette, noe som resulterte i at de nå ser behovet for å utvikle en felles kompetanseplattform.

Ett mål med Arenaprogrammet er å anvende ny teknologi for å utvikle bedriftene og styrke konkurranseevne. For helsebedriftene i Valdres var ny teknologi ifølge prosjektleder ikke noe de hadde stort fokus på eller viste spesiell interesse for. Helsebedriftene har som nevnt høy kompetanse innen helse og rehabilitering, men ikke på teknologi. De har derfor vært avhengige av eksterne koblinger for å sikre en ressurstilgang som gjør det mulig å utvikle de nødvendige kapabiliteter for teknologisk utvikling. Å etablere og vedlikeholde slike koblinger setter krav til interne organisasjonsmessige ressurser. Man trenger ressurser for å identifisere, evaluere, forhandle og til slutt implementere teknologi som er tilgjengelig fra andre (Dosi 1988). Dette forklarer hvorfor det har tatt tid og ikke har vært enkelt å få bedriftene i klyngen interessert i å ta i bruk ny teknologi. Nå har imidlertid bedriftene fått interesse for utvikling av teknologiske løsninger som del av behandlingen, noe som på sikt vil være et viktig element i utviklingen av feltet disse bedriftene arbeider med.

Noen forhold fungerte dårlig i HIVA. Et spørsmål i den forbindelse er om Arenaprogrammet kunne ha vært mer aktiv underveis og bidratt til for eksempel å

reduere antall medlemmer i styringsgruppen tidligere? Når styringsgruppen selv ikke klarte å redusere antall medlemmer, burde programmet da ha gått inn og gjennomført en endring? Selv om det skjedde stor aktivitet initiert av prosjektleder utenom styringsgruppemøtene, ble ikke møtene den samhandlingsarenaen som de ideelt sett kunne være for å bygge relasjoner og tillit. Det kan derfor stilles spørsmål om Arenaprogrammet har kapasitet og evne til å følge opp prosjekter som kunne hatt god nytte for ekstern bistand.

Innledningsvis følte bedriftene lite eierskap til prosjektet. Det kan som nevnt være flere årsaker til dette. Kanskje burde bedriftene tidligere tatt over det formelle eierskapet til prosjektet for dermed å føle ansvaret for prosjektet mer på kroppen? Dette er også et forhold som Arenaprogrammet kan spille en aktiv rolle i.

Vi ser at HIVA sannsynligvis ikke er i stand til å drive prosjektet på egen hånd når finansieringen stopper opp i medio september. I den forbindelse kan man spørre om Arenaprogrammet kunne ha vært mer fleksibel i innretningen, for eksempel i forhold til lengde på prosjektperioden. En mer fleksibel prosjektperiode kunne ha avhjulpet situasjonen til HIVA slik at prosjektet kunne pågått over lengre tid og dermed fått utløst mer av potensialet og økt sannsynligheten for et varig samarbeid mellom helsebedriftene.

Næringshagen i Valdres har som hovedoppgave å legge grunnlaget for gode innovasjonsprosesser i regionen. En stor utfordring koblet til dette arbeidet er at det ikke finnes midler til å gjennomføre slike aktiviteter uten å søke prosjektfinansiering på et eller annet program. Dette oppfattes som lite effektivt, da det kreves mye arbeid for å skrive søknader og å få innvilget prosjekter. Næringshagen etterlyser en annen finansiering av regionalt næringsarbeid som bidrar til økt fokus på primæroppgaven. Samtidig etterlyses også redskapsutvikling for innovasjon i rurale strøk som Valdres. Som vi kan se av evalueringen kan det være behov for en annen tilnærming til å etablere samarbeid mellom bedrifter i rurale strøk og det kan være behov for å tilpasse tilnærmingen til ulike bransjer.

Som Arenaprogrammet er utformet, brukes en mal på alle typer klyngeprosjekter uavhengig av nivå, type bedrifter og lokalisering. Vårt forslag er at mål for en klynge i større grad må tilpasses utgangspunktet og potensialet for klyngen og suksesskriterier likedan. Vi ser av HIVA at noen av målene som ble satt for prosjektet var svært utfordrende å nå, også om bedriftene hadde klart å samarbeide bedre. Videre er det viktig at programmet også definerer ulike suksesskriterier etter hvilken type bedrifter som er med i klyngen. Det er ikke vekst og etablering av nye bedrifter som er hovedmål i helsebedriftene i HIVA, men heller å styrke bedriftene og utvikle nye forbedrede tilbud til brukerne. Det vil også være naturlig at suksesskriterier varierer etter hvor klyngen er lokalisert. Det er andre forutsetninger for å etablere arbeidsplasser og få til vekst i rurale

strøk enn i mer urbane strøk. Det kan være like viktig å styrke de bedriftene man har som å etablere nye. For ledere av klynger der resultatene uteblir, vil det være lite tilfredsstillende å bli sammenlignet med andre klynger der innovasjonskraften er stor.

12 Konklusjon

Evalueringen av prosjektet Helse i Valdres viser at det i de 4 årene evalueringen omfatter har pågått stor aktivitet for å bygge opp og utvikle en klynge av helse- og reiselivsbedrifter. Da verken bedriftene eller klyngen var moden- eller interessert nok til å utnytte de mulighetene som lå i Arena-programmet, fikk man ikke de forventede resultatene av prosjektet. Potensialet i et nærmere samarbeid om utvikling av nye produkter innen helseturisme ble ikke utløst, selv om det fra prosjektleders side ble lagt ned et betydelig arbeid for å utvikle en rekke nye og relevante produktkonsepter basert på samarbeid mellom disse aktørene i samarbeid med nasjonale aktører.

Når det gjelder de ulike hovedmålene med prosjektet, er det under Innovasjonskraft gjennomført et omfattende arbeid for å finne nye produkter og markeder for bedriftene som har tilhørt klyngen. Flere av disse prosjektene har stoppet opp, ofte fordi bedriftene ikke har maktet/ønsket å videreføre dem. Få konsepter er derfor i funksjon som tiltenkt. På Kompetanseutvikling har det skjedd stor aktivitet innen klyngen særlig etter at bare helsebedriftene ble igjen. For hovedmål, Forskning og utvikling, var ansettelse av FoU-koordinator i 2013 en viktig handling for å få økt fokus og utvikling på dette området. Når det gjelder den internasjonale dimensjonen, har denne blitt mindre vektlagt. På området Nettverk/møteplasser og attraktivitet/omdømme har det skjedd en rekke aktiviteter gjennom hele prosjektperioden, men med en betydelig økning i aktivitetsnivået de siste årene. HIVA har ikke nådd formålet med prosjektet, men med det utgangspunktet man hadde så var dette formålet også svært krevende å nå.

Det man derimot har fått til, er etablering av en «helseklynge» eller mikroklynge bestående av fire helsebedrifter. Disse bedriftene har en rekke felles aktiviteter på gang som hovedsakelig retter seg mot hovedmål med prosjektet som utvikling av nye produktkonsept, styrking av forskningsfokus og søknad om FoU-prosjekt, nettverksbygging, samt arbeid for å styrke nettverket og dets omdømme. Helsebedriftene har i løpet av perioden bygd opp tillit til hverandre, de ser på hvilke områder de har nytte av å samarbeide, og er bevisst på viktigheten av å styrke seg fremover for å overleve i markedet. Selv om det ikke har skjedd så mye konkret i bedriftene som resultat av deltagelse enda, er motivasjonen stor for å fortsette samarbeidet. Det er gjennom prosjektperioden bygd et fundament for videre samarbeid. Ønsket om å fortsette samarbeidet gjenspeiler seg i arbeidet som pågår for å utvikle en modell for videreføring av samarbeidet når det blir slutt på offentlige midler medio september 2015.

Et hovedformål med evalueringen var læring fra prosjektet. Vi ser at denne typen bedrifter som har vært i fokus i Valdres lever i en noe annen virkelighet enn det som vanligvis er målgruppen for bedrifter i Arenaprogrammet. Derfor blir heller ikke målene i Arenaprogrammet alltid like relevante for bedriftene. Mål for prosjekter i

Arenaprogrammet bør derfor tilpasses avhengig av hvilke bedrifter man snakker om, slik at klynger ikke direkte sammenlignes med hensyn til suksessoppgåelse. Et annet forhold er at bedrifter i rurale strøk gjerne har færre ressurser å stille opp med i et klyngesamarbeid og vil dermed i mange tilfeller være for umodne til å inngå i et slikt samarbeid. Andre innretninger eller programmer enn Arenaprogrammet kan derfor være bedre egnet til å utvikle en klynge eller samarbeid mellom bedrifter som i Valdres..

Andre forhold som er diskutert er også fleksibiliteten i Arenaprogrammet med hensyn til varighet og muligheten til å ta mer grep om prosjekter der dette er viktig for fremdrift. Forskning er opplagt viktig for det arbeidet som helsebedriftene i Valdres driver med, og bruk av forskningsresultater kan bidra til lavere offentlige utgifter til helse og sosialsektoren. Likevel viser det seg å være en utfordring å finne midler å søke på for disse bedriftene til forskning. De er verken offentlige eller private bedrifter og passer ikke helt inn i det systemet som er etablert rundt søking på forskningsmidler i dag.

Et annet forhold som avdekkes i evalueringen er mulighetene de offentlige aktørene som Næringshagen har for å drive med innovasjon og utvikling i en region som Valdres. Det er svært lite midler til dette, der midler eventuelt må skaffes gjennom prosjektfinansiering som tar mye tid og ressurser bort fra den primære oppgaven. Som vi ser av evalueringen av HIVA, er det svært krevende og langvarige prosesser som må til for å få bedrifter til å endre holdninger og opparbeide motivasjon og forståelse for samarbeid. Kommer man i et samarbeid så langt som til å implementere ny kunnskap eller teknologi, er dette prosesser som ytterligere er utfordrende og vanligvis tidkrevende. Derfor bør støtteapparatet regional ha en solid økonomisk basis for å kunne bidra i slikt innovasjonsarbeid.

De mulighetsområder helsesamarbeidet i Valdres har for bedriftene, sektoren totalt og ikke minst brukerne, bør være av interesse langt ut over regionenes grenser. Prosjektet viser hvilket potensial som kan ligge i samarbeid mellom helsebedrifter og andre aktører, et potensial som i mye større grad burde utnyttes nasjonalt med hensyn til gevinster på mange felt. Kunnskapen fra prosjektet er også et viktig innspill til dagens anbudspolitik som i liten grad gir rom for innovasjon og utvikling innen sektoren.

Referanser

Dosi, G. 1988. Sources, Procedures, and Microeconomic Effects of Innovations. *Journal of Economic Literature*. Vol. XXVI, Sept. S. 1120-1171.

Eklinder-Frick, J., Eriksson, L-T., og Hallén, L. 2011. Bridging and bonding forms of social capital in a regional strategic network. *Industrial marketing management*, 40, s. 994-1003.

Eklinder-Frick, J., Eriksson, L-T., og Hallén, L. 2012. Effects of social capital on processes in a regional strategic network. *Industrial Marketing Management*, 41, s. 800-806.

Flatnes, A., Fosse, J.K., Furre, H. and Normann, R. 2014. Organisering og ledelse av klyngeprosjekter. FoU-rapport nr.6/2014.

Hassinger, E. 1959. Stages in the adoption process. *Rural Sociology*, Vol. 24. Issue:1, s. 52.

Mariussen, Å., og Ørstavik, F. 2005. Utfordringer ved utvikling av klynger. Innsikt og anbefalinger fra forskning om klynger og klyngepolitikk. NIFU-STEP-arbeidsnotat, 2005:41.

Malecki, E.J. 2012. Regional Social Capital: Why it Matters. *Regional Studies*, 46 (8), s. 1023-1039.

Norman, R.H. 2013. Contributions from academic research on cluster management. Paper presented at Innovation Norway, Oslo.

Næringsshagen. 2010. Næringsklyngen Helse i Valdres. Søknad om Arena-hovedprosjekt.

Næringsshagen. 2013. Arena Helse i Valdres. Søknad om videreføring i Arena-programmet.

Rogers, E.M. 1983. *Diffusion of Innovations*. The Free Press, New York.

Seaton, R.A.F., and Cordey-Hayes, M. 1993. The development and application of interactive models of technology transfer. *Technovation*, 13:1. S. 45-53.

Saxton, T. 1997. The Effects of partner and relationship characteristics on alliance outcomes. *Academy of Management Journal*, April 1, 40:2, s. 443-461.