

# OFFENTLIGE ANSKAFFELSER OG INTERNKONTROLL I



BACHELOROPPGAVE I REGNSKAP OG ØKONOMISTYRING

EK 208E – VÅREN 2011

KRISTINA MIKKELSEN HANSEN  
OG  
MAY-BRITT PEDERSEN

## **ABSTRACT**

The theme for our assignment is public procurement and control within Helse Nord internally, with the purpose to map the challenges Helse Nord have faced with regards to this theme. We have compared their practice to the regulations and public procurement, and the recommended theory at hand.

To increase our competence about public procurement we attended a conference under the direction of Nordland fylkeskommune during the month of January. For additional ideas and inputs we scheduled conversations with the county's purchasing manager and the managing director of Valnesfjord Helsesportssenter. During the following process we gathered data from qualitative interviews with the two directors, the business owner, the chairman and the internal accountant of Helse Nord. Further information obtained is the basis for our empirical analyses.

We have disclosed that Helse Nord is facing several challenges in terms of public procurement and internal control. For example with regards to assurance and authority, preparation of required specifications, external communication and the follow-up stages of different control processes internally.

Briefly summarized, significant parts of the internal control have been handled well the previous years, but there are areas that can still be improved.

## **FORORD**

Denne bacheloroppgaven er et avsluttende arbeid på det 3-årige studiet Økonomi og Ledelse, ved Universitetet i Nordland. Oppgaven er skrevet med bakgrunn i valgt profilering i Regnskap og Økonomistyring høsten 2010, og utgjør 15 studiepoeng.

Hovedformålet med oppgaven er å få større kjennskap til internkontroll i forhold til offentlige anskaffelser i Helse Nord.

Først vil vi takke vår casebedrift Helse Nord, som har bidratt til at vi har fått realisert vårt ønske om å fordype oss i valgte tema. Vi vil også takke alle informantene vi har vært i kontakt med. De har alle brukt av sin tid til å hjelpe oss med og skaffe til veie relevant informasjon til oppgaven.

Videre har vi søkt råd og veiledning hos Levi Gårseth-Nesbakk, og vi ønsker å takke han for meget god hjelp under hele prosessen. Vi har hatt stor nytte av hans faglige innspill og generelle veiledning.

Handelshøgskolen i Bodø

10. juni 2011

May-Britt Pedersen

Kristina Mikkelsen Hansen

## **SAMMENDRAG**

Temaet for vår oppgave har vært offentlige anskaffelser og internkontroll i Helse Nord. Formålet har vært å se hvilke utfordringer Helse Nord har møtt i forhold til valgte tema, og til slutt sammenligne deres praksis med regelverk for offentlige anskaffelser og internkontroll med anbefalt teori på området.

I januar deltok vi på et kurs i offentlige anskaffelser i regi av Nordland fylkeskommune, for å øke vår kompetanse rundt temaet. Senere gjennomførte vi samtaler med innkjøpssjef i Nordland fylkeskommune og direktør på Valnesfjord Helseportssenter for å få innspill og ideer. Deretter samlet vi inn data ved hjelp av kvalitative intervju med administrerende direktør, innkjøpssjef, virksomhetseier, styreleder og internrevisor i Helse Nord. Vi har også lest rapporter som omhandler utfordringer knyttet til offentlige anskaffelser og internkontroll. Den informasjon vi har tilegnet oss er videre benyttet som grunnlag for vår analyse.

Vi har avdekket at Helse Nord står ovenfor en del utfordringer i forhold til offentlige anskaffelser og intern kontroll, for eksempel i forhold til attestasjon/fullmakt, utarbeidelse av gode kravspesifikasjoner og når det kommer til oppfølging av den interne kontrollen.

Helt kort oppsummert er en god del av den interne kontrollen kommet på plass de siste årene. Men det er altså sider ved den som fortsatt fremstår som noe mangelfull og kan forbedres.

# INNHALDSFORTEGNELSE

## Innhold

<b>ABSTRACT</b> .....	2
FORORD .....	3
SAMMENDRAG .....	4
INNHALDSFORTEGNELSE.....	5
<b>1. INNLEDNING</b> .....	7
1.1 Aktualisering av forskningsområde.....	8
1.2 Oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.....	9
1.3 Avgrensning og begrepsliggjøring.....	9
<b>2. TEORI</b> .....	10
2.1 Internkontroll.....	10
2.1.2 Internkontroll i forhold til offentlige anskaffelser .....	13
2.1.3 Utdfordringer i forbindelse med internkontroll i statlige virksomheter .....	14
2.1.4 Årsaker til at statlige virksomheter ikke etterlever regelverket for offentlige anskaffelser .....	15
2.2 Perspektiver.....	17
2.2.2 Institusjonalisering .....	17
2.2.3 Prinsipal-agent-teori.....	21
<b>3. METODE</b> .....	24
3.1 Forskningsprosessen .....	25
3.2 Forberedelse .....	25
3.2.1 Problemstilling.....	26
3.2.2 Overordnet perspektiv .....	26
3.2.3 Valg av forskningsdesign .....	27
3.3 Datainnsamling.....	28
3.3.1 Valg av metodisk tilnærming.....	28
3.3.2 Utvalg.....	28
3.3.3 Innsamling av data.....	30
3.3.4 Kvalitativt intervju .....	31
3.4 Dataanalyse .....	33
3.4.1 Transkribering.....	33
3.4.2 Analyse av meningsinnhold .....	33

3.5 Oppgavens kvalitet.....	34
3.5.1 Reliabilitet.....	34
3.5.2 Validitet .....	34
<b>4. BAKGRUNN .....</b>	<b>36</b>
4.1 Offentlige Anskaffelser .....	36
4.1.1 Regelverket for offentlige anskaffelser .....	37
4.2 Anskaffelser.....	40
4.2.1 Anskaffelser i Helse-Norge .....	41
4.2.2. Anskaffelsesprosessen i Helse Nord.....	42
4.4 Helse Nord RHF .....	43
4.4.1 Ansvarsfordeling.....	45
4.5 Internkontroll og risikostyring i Helse Nord.....	45
4.5.1 Risikostyring.....	45
4.6 Mal for risikostyring i Helse Nord.....	50
4.7 Internkontroll definert ut i fra økonomiregelverket .....	52
<b>5. UTFORDRINGER TILKNYTTET OFFENTLIGE ANSKAFFELSER OG INTERNKONTROLL I HELSE NORD</b>	<b>53</b>
5.1 Kontrollmiljøet.....	53
5.1.1 utfordringer forbundet med organisering av virksomheten .....	53
5.1.2 Mangel på kompetanse .....	54
5.1.3 Holdninger til endring av rutiner .....	55
5.2 Risikovurdering.....	56
5.2.1 Identifisering og analyse av risiko .....	56
5.3 Kontrollaktiviteter.....	58
5.3.1 utfordringer tilknyttet rutiner.....	58
5.3.2 Tilsyn fra internrevisjon.....	59
5.3.3 utfordringer i forbindelse med ansvarsfordeling i organisasjonen .....	60
5.4 Informasjon og kommunikasjon.....	61
5.5 Oppfølging av anskaffelser og internkontroll .....	62
<b>6. ANALYSE .....</b>	<b>63</b>
6.1 Ulike perspektiver på utfordringer tilknyttet offentlige anskaffelser i Helse Nord.....	63
6.1.1 Agentteori.....	63
6.1.2 Institusjonalisering og legitimitet.....	67
6.2 utfordringer tilknyttet intern kontroll og anskaffelser .....	68
<b>7. KONKLUSJON .....</b>	<b>70</b>
<b>8. VEDLEGG .....</b>	<b>78</b>

## FIGUROVERSIKT

### Figuroversikt

Figur 1 Modell for komponenter i internkontrollen.....	11
Figur 2 Terskelverdier.....	40
Figur 3 Anskaffelsesnivå .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Figur 4 Prosessmodellen .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Figur 5 Organisasjonskart.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Figur 6 Årshjul.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Aktualisering av forskningsområde

I denne bacheloroppgaven har vi undersøkt hvordan Helse Nord først og fremst forholder seg til offentlige anskaffelser og internkontroll. Siden risikostyring ligger veldig nært knyttet opp mot internkontroll, har vi valgt å se litt på dette temaet også.

I løpet av høsten/vinteren 2010 var det en del presseomtale i Avisa Nordland og Saltenposten som omhandlet anbudsprosessen mellom Valnesfjord Helseportsenter (Heretter kalt VHSS) og Helse Nord. VHSS klaget Helse Nord inn for Klagenemnda for offentlige anskaffelser (Heretter kalt KOFA) for brudd på anskaffelsesregelverket. På forhånd hadde Helse Nord fastsatt kriterier for hvor mye for eksempel kvalitet og økonomi skulle vektes ved en avgjørelse om hvem som fikk tilslaget. VHSS tapte deler av anbudsprosessen til fordel for Kurbadet i Tromsø, og mente at Helse Nord hadde lagt for lite vekt på kvalitet i sin avgjørelse, sett i forhold til de kriterier som var fastsatt i forkant. Denne saken fattet raskt vår interesse, og vi begynte å søke informasjon om anbudsprosesser generelt.

Vi fikk raskt forståelse for at det har vært økt fokus på anskaffelsesprosesser generelt sett i senere år. Mennesker er opptatt av hvordan fellesskapets ressurser blir anvendt, og det er snakk om store summer. I 2009 utgjorde offentlige anskaffelser hele 386 milliarder kroner, og tallet er stigende (ssb.no, 2011). Slike saker blir raskt fanget opp av media, og det fører til stor oppmerksomhet mot de involverte parter. Dette kan blant annet medføre skader på bedrifters omdømme og tjenester (Farbrot, 2006).

Regelverket for offentlige anskaffelser har vist seg å være både rigid og komplekst, samt vanskelig å forholde seg til i praksis. Det oppstår ofte lovbrudd og påfølgende klagesaker til KOFA (Klagenemnda for offentlige anskaffelser) i forbindelse med inngåelse av anbudsprosesser (regjeringen.no, 2004). En av årsakene kan være fraværende eller mangelfull internkontroll. For eksempel i Enron saken så man at internkontrollen hadde vært dårlig eller fraværende (unit4agresso.no, 2010). I samme tidsperiode vedtok regulatoriske myndigheter skjerpede krav til internkontroll, for eksempel den amerikanske Sarbanes-Oxley Act (Haukerud og Sandanger, 2003). Med det som utgangspunkt valgte vi å formulere vår problemstilling rundt temaene internkontroll og offentlige anskaffelser.



## 1.2 Oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål

Vår overordnede problemstilling er:

Hvilke utfordringer står Helse Nord overfor tilknyttet sine offentlige anskaffelser, og hvordan er den tilhørende internkontrollen utformet?

## 1.3 Avgrensning og begrepsliggjøring

Vi har valgt å fokusere mest på de 5 siste årene, altså tiden etter at det er blitt større fokus på internkontroll og anskaffelser innad i Helse-Nord.

Begrepet internkontroll defineres under kapittel 2.1, offentlige anskaffelser i kapittel 4.1 og risikostyring i kapittel 4.5. Når det gjelder offentlige anskaffelser har vi valgt å fokusere på anskaffelser på regionalt nivå. Dette er beskrevet i kapittel 4.2.1.

Vi har valgt å strukturere oppgavens innhold i følgende kapitler:

- Kapittel 1: Innledning. Vi starter med å presentere aktualisering av forskningsspørsmål, formålet med oppgaven, problemstilling, avgrensninger og presentasjon av oppgavens struktur.
- Kapittel 2: Teori. Vi vil her presentere en oversikt over mer generell teori om offentlige anskaffelser og internkontroll, og utdrag fra to utredningsrapporter som berører samme tema. Ellers beskriver vi også prinsipp- agent-teori og institusjonalisering og legitimitet i dette kapitlet.
- Kapittel 3: Metode. Her legger vi fram valg av forskningsmetode, forskningsdesign og videre hvordan vi har gått frem når vi har samlet inn data og analysert materialet.
- Kapittel 4: Bakgrunn. Vi ser på hvordan Helse Nord RHF ønsker at internkontroll og offentlige anskaffelser skal fungere i deres virksomhet.
- Kapittel 5: Data/Empiri. Her har vi samlet noe av datamaterialet fra de kvalitative intervjuene. Dette danner videre grunnlaget for analysen.
- Kapittel 6: Analyse. Her forsøker vi å se om det er samsvar mellom den teori vi har presentert i kapittel 2 og de data vi har samlet inn.
- Kapittel 7: Konklusjon. Vi oppsummerer funn, og svarer på problemstillingen.

## 2. TEORI

Først i dette kapitlet presenterer vi internkontroll og risikostyring med bakgrunn i COSO – rapporten. Deretter vil vi legge frem utfordringer tilknyttet regelverket for offentlige anskaffelser og internkontroll. Til slutt ser vi på prinsippal-agent-teori og institusjonalisering og legitimitet.

### 2.1 Internkontroll

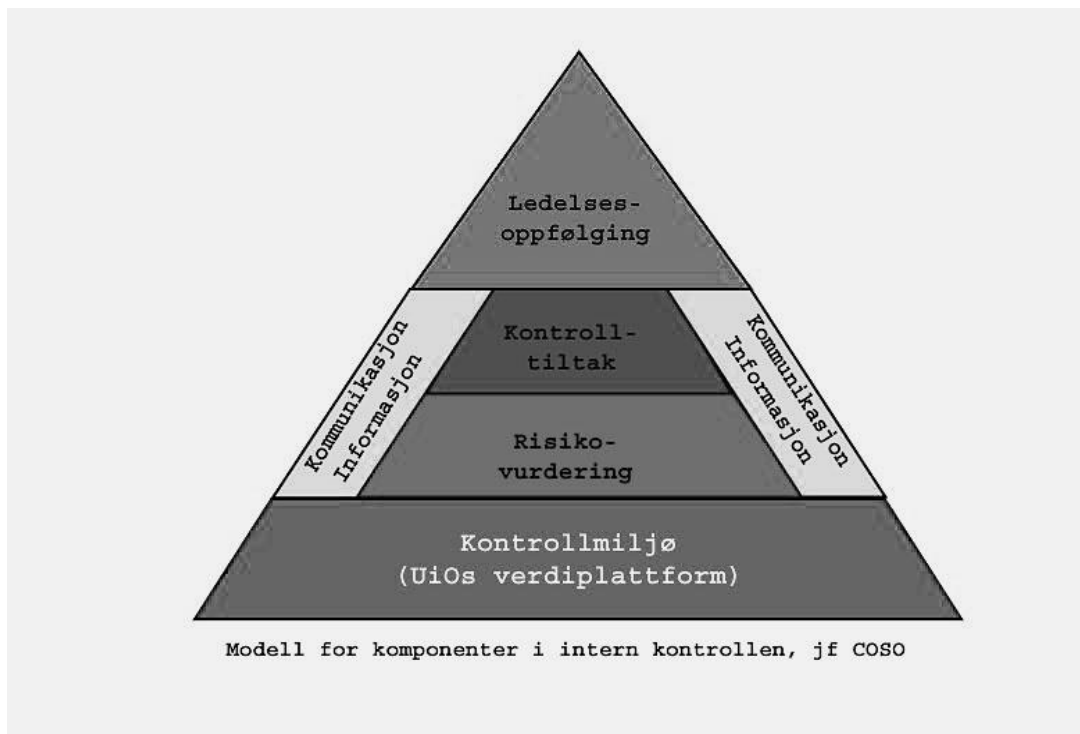
Tiltroen til internkontroll innad i virksomheter er generelt sett blitt svekket de senere år. Dette kan ses i sammenheng med store regnskapsskandaler verden over som for eksempel i Finance credit og Enron saken. I Finance Credit drev man med oppkjøp av utestående fordringer fra andre selskap. I 2002 gikk selskapet konkurs, og gründerne ble beskyldt for bedrageri og regnskapsmanipulering (snl.no, 2011). Enron drev med energiforhandling, var Wall Streets yndling, og representerer USA-historiens største konkurs. De brukte andre selskaper til å blåse opp inntekter og skjule gjeld (nrk.no, 2006).

COSO-rapporten presenterer et integrert rammeverk for internkontroll, og er blitt den mest benyttede standarden for internkontroll internasjonalt (Haukerud og Sandanger, 2003).

*”Intern kontroll- et integrert rammeverk”* ble utgitt i 1992, som et resultat av at fokuset på intern kontroll økte betraktelig etter krisen i bank og finansverden på 80-tallet. Det finansielle rapporteringssystemet ble studert i løpet av en to års periode i USA. Studien resulterte i knallhard kritikk mot det eksisterende systemet, og man så behovet for etablering av et felles rammeverk for intern kontroll. Rammeverket beskriver de forventninger som ledere og andre aktører har til internkontroll (iia.no, 2010), og det kan benyttes som et evalueringstøytøy som virksomheter kan bruke til å evaluere systemene sine for intern kontroll. Her beskrives fem innbyrdes relaterte komponenter, som ansees som nødvendige for å oppnå en effektiv intern kontroll (Norges interne revisorers forening, 2005).

”Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iscenesatt og gjennomført av foretakets styre, ledelse og ansatte. Den utformes for å gi rimelig sikkerhet vedrørende måloppnåelse innen følgende områder:

- Målrettet og kostnadseffektiv drift
- Pålitelig ekstern regnskapsrapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regler.” (Norges interne revisorers forening, 2005)



Figur 1 (Kilde: admin.uio.no, 2001)

Vi vil nå gå nærmere inn på de ulike komponentene i internkontroll.

- **Kontrollmiljø:** De andre komponentene i modellen bygger på denne som utgjør grunnlaget. Dermed blir den avgjørende for at de andre komponentene oppnår ønsket effekt. Det handler om de ansatte, og deres holdninger og kompetanse, etiske verdier og integritet, styrets uavhengighet, ansvar og myndighet, ledelsens filosofi og driftsform, og hvordan virksomheten er organisert.

- *Risikovurdering:* Det forutsettes at man i forkant av vurderingen har fastsatt interne målsettinger. Man analyserer risiko og tar i betraktning sannsynlighet og konsekvens, for å finne ut hvordan man kan kontrollere risikoen og nå målene. Man må kunne foreta en systematisk risikovurdering av hele anskaffelsesprosessen for å kunne skaffe tilveie et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag.
- *Kontrollaktivitetene:* Man setter i verk konkrete tiltak, handlingsplaner og rutiner for risikohåndtering, for å sikre at vedtak gjennomføres. For eksempel ansvarsfordeling, sikring av ressurser, godkjenninger osv.
- *Informasjon og kommunikasjon:* Man må være i stand til å fange opp og sortere ut viktig informasjon, og videreformidle det i rett tid for at de ansatte skal kunne utføre sine arbeidsoppgaver på en god måte, og styre foretaket mot måloppnåelse. De ansatte må forstå sin rolle i det interne kontrollsystemet og kjenne til hvordan hver enkelt persons arbeidsoppgaver innvirker på andres og virksomheten som helhet, samt kjenne til regler for internkontroll og ta dette på alvor. Det må også finnes kanaler for informasjon oppover i systemet, som for eksempel til ledelsen. Effektiv kommunikasjon utad er også av stor betydning.
- *Oppfølging:* Skal vurdere hvor effektivt systemet fungerer over tid. Det kan gjøres ved å ha kontinuerlig overvåkning, frittstående evalueringer, eller en kombinasjon av disse. Mangler i intern kontroll rapporteres videre til ledelse, eventuelt toppledelse og styret, avhengig av alvorlighetsgrad (nb.no, 2005).

Komponentene representerer et integrert system. Kontrollmiljøet danner grunnlaget for de øvrige komponentene. Om ledelsen ikke legger vekt på internkontroll, og utviser manglende integritet og moral, får man problemer med å få de øvrige komponentene til å fungere. Internkontroll skal redusere risikoen for at man ikke når sine målsettinger. Men det vil være vanskelig å sette i gang de rette tiltakene for internkontroll hvis man i forkant ikke har foretatt en risikovurdering. Kontrollaktivitetene kommer som et resultat av identifisert risiko. Informasjon og kommunikasjon setter de øvrige komponentene i stand til å fungere best mulig ved at relevant og tidsriktig informasjon når ut til de som trenger den. Til sist skal oppfølgingen sørge for at det interne kontrollsystemet fungerer som tiltenkt. Dermed må alle komponentene være på plass, for at internkontrollen skal kunne fungere optimalt (Berger, 2004).

## 2.1.2 Internkontroll i forhold til offentlige anskaffelser

KPMG har utarbeidet en rapport som heter "*Internkontroll i praksis*". Det er denne vi her vil referere til.

Man har erfart at det kan være utfordrende å etablere gode prosesser, rutiner og kontrolltiltak i ulike faser av anskaffelser og gjøre disse kjent i organisasjonen. Det stilles stadig større krav til kompetanse i forhold til offentlige anskaffelser og innkjøp. Svakheter på disse områdene er oftest årsaken til brudd på regelverket. (Kpmg.no, 2010).

KPMG hjelper statlig og kommunal sektor med å implementere god internkontroll i anskaffelsesprosessene, og kjenner derfor til en del utfordringer man står overfor som innkjøper. Erfaringer tilsier at god internkontroll på anskaffelsesområdet er en forutsetning for:

- Å sikre riktige beslutninger i de tidlige fasene i anskaffelsesprosessen
- Å sikre etterlevelse av regelverk og de grunnprinsipper dette hviler på
- Å forebygge korrupsjon og misligheter
- Å sikre en effektiv gjennomføring av innkjøpsprosessen
- Å sikre en god forvaltning av fellesskapets ressurser
- Å sikre god forvaltning og lederinvolvering. (Kpmg.no, 2010)

Internkontrollen er ikke utelukkende med på å sikre at lovverket om offentlige anskaffelser overholdes, men det bidrar også til at anskaffelsesprosessene blir mer effektive. Viktige forutsetninger for god internkontroll er at man har sikret seg at virksomheten besitter god kompetanse og de rette holdningene (Kpmg.no, 2010)

Mange sitter nok med tanker om at internkontroll er tungvint, tidkrevende på den måten at det hemmer lønnsomheten og reduserer effektiviteten i virksomheten. Når man ser på medieoppslag de senere år, som for eksempel Enron saken skjønner man kanskje at man bør ta internkontroll på alvor. Det er også avgjørende for vellykket internkontroll at man har ledelsesforankring (unit4agrosso.no, 2010).

Erfaringer viser at de som lykkes best med internkontroll er de som har klart å integrere kontrollen som en del av selskapets ordinære virksomhetsstyring. Hvis oppfølgingen blir liggende på siden av virksomhetsstyringen, blir det mer arbeidskrevende å følge den opp, og

den vil ha liten verdi for virksomheten. Det er lite hensiktsmessig hvis oppfølgingen blir en årlig hendelse for å tilfredsstille styret og eierne. Man bør søke å oppnå en viss integrasjon. Da er det en forutsetning at ledelsen setter av nok tid og ressurser til arbeidet med internkontroll. Ledelsesfokuset vil altså være avgjørende for i hvilken grad man greier å implementere internkontrollen i den øvrige virksomhetsstyringen (Haukerud og Sandanger, 2003).

### **2.1.3 utfordringer i forbindelse med internkontroll i statlige virksomheter**

Senter for statlig økonomistyring utarbeidet en rapport i 2009 med tittelen; Internrevisjon og intern kontroll i statlige virksomheter – en kartlegging (sfso.no, 2009). Vi vil nå referere til funn som ble registrert i denne rapporten.

I virksomheter der internkontrollen kun inngår som en del av enkelte stillingers/ansattes arbeidsoppgaver, blir følgende utfordringer uttrykt for å være mest utfordrende:

- *Meningsfullt for de ansatte – ikke kun proforma arbeid*
- *Skape forståelsen/interessen av viktigheten med internkontroll – ofte brannslukking*
- *Skille rollen når man besitter ulike funksjoner*
- *Hva er internkontroll? – mange ulike forståelser*
- *Hvordan komme i gang?*
- *Tilpassede verktøy som benyttes*
- *Hvordan dokumentere internkontrollen?*
- *Utarbeide gode rutiner*
- *Oppdaterer internkontrollen*
- *Integrere intern kontroll i de ordinære styringsprosessene*
- *Koordinere arbeidet med intern kontroll*
- *Forankring og oppfølging*
- *Manglende kapasitet ressurser/tid*
- *Finne en riktig balanse i forhold til risiko og vesentlighet*
- *Kost/nytte – hva er godt nok?*
- *Effektiv organisering av arbeidet med internkontroll*
- *Helhetlig tilnærming*

I virksomheter der internkontrollfunksjonen er lagt til en organisatorisk enhet, eller funksjonen er lagt til en enhet med rapportering direkte til virksomhetsleder, ble de største utfordringene nevnt å være:

- *Mange ulike forståelser av intern kontroll*
- *Kompetanse og informasjon*
- *Å integrere intern kontroll i ordinære styringssystemer*
- *At ledergruppen ikke er interessert i intern kontroll*
- *Motstand mot intern kontroll i virksomheten*
- *Identifisering av risikoområder*
- *Å bestemme omfang av intern kontroll slik at den er tilpasset risiko*
- *Dokumentasjon av rutiner og systemer –ajourhold*
- *Oppfølging av tidligere tiltak*
- *Rapportering eller rapporteringsverktøy*
- *Regelverksetterlevelse*
- *Å ha nok ressurser*

### **2.1.4 Årsaker til at statlige virksomheter ikke etterlever regelverket for offentlige anskaffelser**

Undersøkelsen det her refereres til er utført av riksrevisjonen (riksrevisjonen.no, 2011), og bygger på en spørreundersøkelse blant statlige virksomheter der det er konstatert brudd på anskaffelsesregelverket.

#### **Kompetanse om anskaffelsesregelverket**

*Regelverkskompetanse:* mangel på dette er den årsaken som de fleste virksomheter nevner når de skal forklare hvorfor anskaffelsesregelverket ikke etterleveres. De fleste mener også at de som foretar anskaffelser, ikke benytter seg av den kompetanse som allerede finnes i virksomheten.

*Bestillerkompetanse:* litt under halvparten av de spurte virksomhetene er enige i at bruddene på anskaffelsesregelverket skyldes at de som skal gjennomføre anskaffelsen er usikre på hva virksomheten har behov for å kjøpe. Det blir altså avgjørende for å foreta en god anskaffelse at man kjenner til behovene virksomheten har, og at man har kunnskaper om markedet.

Etter at brudd på regelverket ble konstatert, gikk man gjennom årsrapportene til de ulike etatene. Over halvparten av etatene nevner ikke kompetanseheving som et ledd i å forbedre etterlevelsen av anskaffelsesregelverket.

### **Internkontroll i forhold til anskaffelsesregelverket**

21 av 32 spurte virksomheter mener at årsaken til manglende etterlevelse av anskaffelsesregelverket skyldtes at ingen andre i virksomheten gjennomførte kontroll av anskaffelsesprosessene. Omtrent halvparten av de spurte sier seg enige i at en av årsakene til brudd på regelverket var at virksomheten ikke hadde satt nok søkelys på gjennomførelse av anskaffelsesprosesser.

I 23 prosent av regelverksbruddene dreier det seg om mangelfull eller manglende protokoller. I 12 prosent av tilfellene skyldes regelverksbruddet manglende sporbarhet mellom de inngåtte kontraktene og regnskapssystemene. Det gjør det vanskelig å kontrollere de samlede utbetalte beløp til hver enkelt kontrakt (manglende sporbarhet mellom fakturaer og kontrakter).

Det er også mange som forklarer den manglende regeletterlevelsen med mangel på ledelsesforankring. 20 av de 32 spurte virksomhetene mener at den mangelfulle etterlevelsen kan forklares med at ledelsen i virksomhetene ikke fokuserte nok på anskaffelsespraksisen.

### **Tiltak for å bedre den interne kontrollen**

I et effektivt internt kontrollsystem er det risikovurderinger av anskaffelsesprosesser som danner grunnlaget for hva som bør kontrolleres. I den forbindelse sier 8 av 32 virksomheter at de ikke har identifisert risikofaktorer, som kan medvirke til at regelverket ikke blir etterlevd. Anskaffelser representerer et område med høy risiko for misligheter. Med misligheter mener vi handlinger som innebærer en uærlig fremtreden med tanke på å oppnå en urettmessig gevinst for seg selv, virksomheten eller andre. Misligheter skiller seg fra feil på den måte at de er utført med vilje. Av de 24 virksomhetene som har kartlagt risikofaktorer, har bare halvparten kartlagt risikofaktorer i forbindelse med anskaffelser.

Ved å gjennomføre evalueringer av anskaffelsesprosessen kan man tilegne seg informasjon om måloppnåelse og resultat. 13 av 32 virksomheter har ikke gjennomført denne typen evalueringer de siste 3 årene.



## 2.2 Perspektiver

Her introduserer vi to perspektiver på organisasjonsteori, som vi senere vil belyse i analysekapittelet i oppgaven.

### 2.2.2 Institusjonalisering

*”De institusjonelle omgivelsene er karakterisert av at de representerer krav og forventninger som organisasjonene må tilpasse seg for å oppnå støtte og legitimitet”* (Busch et al., 2010:98).

Philip Selznick (1948, 1957) blir sett på som en av grunnleggerne av institusjonell teori. Han så hvordan organisasjonene prøvde å tilpasse seg sine omgivelser. Han skiller mellom å betrakte organisasjonene som rasjonelle verktøy som skal tilfredsstillere interessentene, og organisasjonene som organiske systemer som tilpasser seg sosiale normer blant interessenter og ellers generelle krav som omgivelsene stiller. Kjernen i hans budskap var at han mente at etter hvert ville disse normene og verdiene som fantes i omgivelsene bli opptatt i organisasjonen. Derav ville organisasjonen få en verdibasert status. Dette kalte han en institusjonaliseringsprosess (Busch et al., 2010).

Denne prosessen hevdet han var av størst betydning for organisasjoner med diffuse mål og uklar teknologi, som for eksempel offentlige organisasjoner. Sykehus kan oppfattes som bærer av viktige verdier i samfunnet, og derav ha høy legitimitet. Effektiviteten er vanskelig å måle, og det kan være vanskelig å si hva som er den beste måten å nå målene på.

Legitimiteten ligger ikke i det at målene skal være effektive, men det skal i seg selv være verdifulle. Det arbeides mot mål som har høy verdi, og som har tilpasset seg normene som råder i samfunnet (Busch et al., 2010).

Videre mener Selznick at det er fire egenskaper ved karaktertrekkene som utvikles i denne institusjonaliseringsprosessen:

1. *”historiske produkter, dvs. at de utvikles seg over lang tid og vil preges av organisasjonens historiske bakgrunn*
2. *integreerte produkter, dvs. at de omfatter mange sider ved organisasjonen (kulturelle, strukturelle, politiske og ledelsesmessige forhold)*
3. *funksjonelle, dvs. at de bidrar positivt til løsningen av organisasjonens tekniske oppgaver*

4. *dynamiske, dvs. at de stadig er under forandring, fremmer ny innsats og skaper behov for nye løsninger*” (Busch et al., 2010:99)

Når en organisasjon blir til en institusjon, blir den også bærer av de normene i omgivelsene som er dominerende. Det skapes en aksept eller legitimitet som gjør at institusjonen får en status i samfunnet. Dette er en prosess som foregår over tid, og omfatter flere sider ved en organisasjon. Over tid vil verdiene bli innvevd i alle sidene i organisasjonen, og denne prosessen fører med seg et internt og eksternt press. De ansatte preges av samfunnet de lever i, og ønsker at organisasjonen skal tilpasse seg de eksterne omgivelsene og de dominerende verdiene som eksisterer der. Dette presset vil organisasjonen også møte fra sine eksterne interessenter. Gjennom denne institusjonaliseringsprosessen påføres organisasjonen forpliktelser, som igjen kan begrense organisatoriske handlinger. De allment aksepterte verdiene setter rammer for hvilken atferd som aksepteres. Det kan føre til at etablerte prosedyrer og strukturer over tid får egenverdi. Denne prosessen er funksjonell fordi den gjør organisasjonen bedre i stand til å ta vare på sine interessenter. Selznik mener at denne prosessen skaper en utvikling som fremmer effektivitet og legitimitet. Han poengterer at dette er en pågående prosess, og at organisasjoner til en hver tid må innrette seg endringer i sine omgivelser (Busch et al., 2010).

### **Institusjonelle mekanismer**

De institusjonelle kravene kan deles inn i regulative, normative og kognitive mekanismer.

*Regulative mekanismer:* Slike krav kommer som oftest fra politiske myndigheter, og har en legal basis. Innenfor disse mekanismene finner man de lover og regler som organisasjonene må forholde seg til i det daglige, for eksempel regnskapsloven og arbeidsmiljøloven. Dersom disse lover og regler brytes kan man stilles til ansvar gjennom rettssystemet. Disse mekanismene blir oppfattet som fornuftige instrumenter, som skal bidra til at samfunnet fungerer på en best mulig måte (Busch et al, 2010).

*Normative mekanismer:* Denne mekanismen representerer de normer og verdier som råder i samfunnet, og kan også beskrives som de uskrevne regler som organisasjonen bør forholde seg til. Det dreier seg videre om hva som betraktes som rett og galt, samt retningslinjer for hva som oppfattes som etisk og moralsk forsvarlig atferd. Noen sosiale normer kan være rettet mot hele organisasjonen, eller de kan være rettet mot enkelte stillinger. For eksempel finnes det forventninger til hva man forventer av service av en person ansatt i et serviceyrke. Normativ rasjonalitet utvikles når en organisasjon tilpasser seg disse normative mekanismene.

Ut i fra denne rasjonaliteten vil det kjennes riktig ut å opptre i tråd med de normene som råder. Normativ rasjonalitet kjennetegnes ved at den fører til at noen atferdsmønstre med tiden stivner i organisasjonen. Disse atferdsmønstrene kan forbli slik, selv om normene i samfunnet ellers endres. På den måten kan en organisasjon komme i utakt med de institusjonelle omgivelsene, og få svekket legitimitet.

*Kognitive mekanismer:* representerer de mentale modellene vi har dannet oss om hvordan en organisasjon skal fremstå. Disse modellene bygger på ”hva vi tar for gitt”. Hvis en organisasjon i for stor grad bryter med våre forestillinger som er knyttet til bildet organisasjonen gir av seg selv, kan legitimiteten svekkes. Scott (1995) i Busch et al., (2010) hevder at organisasjonsuttrykk og handlinger blir forkastet hvis de ikke stemmer overens med det vi tar for gitt. Fordi disse mekanismene tar utgangspunkt i det man tar for gitt, er de vanskelige å se. Det oppleves som normalt at organisasjoner tilpasser seg sine omgivelser. Det er først når organisasjoner bryter med kognitive forventninger at kravene blir synlig.

### **Legitimitet**

Legitimiteten har en sentral betydning innenfor institusjonell teori. Organisasjoner vil tilpasse seg skiftende omgivelser for å oppnå legitimitet. Det holder ikke å bare være effektiv. Gjennom formelle og uformelle forventninger fra omgivelsene må organisasjonen søke å oppnå effektivitet. Schuman (1995) i Busch et al., (2010:102) definerer legitimitet som:

*”legitimitet er en generalisert antagelse om at spesielle handlinger er ønskelige og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner.”*

En generalisert antagelse knytter seg ikke til en spesiell hendelse, men dreier seg mer om generelle antagelser. Legitimitet knytter seg til det generelle, og ikke enkelthandlinger som praktiseres av organisasjonsmedlemmer. Organisasjoner kan opprettholde sin legitimitet selv om enkeltpersoner er av den oppfatning at sentrale normer blir brutt. Det som bestemmer om organisasjonen oppfattes som legitim er den rådende andelen av befolkningen. Om de mener at organisasjonen ikke bryter med normene i samfunnet, anses organisasjonen for å opptre legitimt.

Med utgangspunkt i institusjonell teori har Schuman (1995) i Busch et al., (2010) klassifisert fire former for legitimitet; pragmatisk, legal, normativ og kognitiv legitimitet.

*Pragmatisk legitimitet:* Denne formen for legitimitet baserer seg på interesser eller nytteperspektivet. Hvis organisasjonen oppfattes som et nyttig verktøy i samfunnsmaskineriet

blir den oppfattet som legitim. Ved å fremstå som en effektiv produsent av ønsket belønning, kan organisasjonen også fremstå som legitim (Busch et al., 2010).

*Legal legitimitet:* Det handler her om at organisasjoner følger de lover og regler som er etablert av myndighetene. Innenfor koalisasjonssystemet finner man for eksempel lover som regulerer kjøp og salg, sammensetninger av interessenter og hvilke former for avtaler som kan inngås. Brudd på slike lover og regler kan lett føre til redusert legitimitet (Busch et al., 2010).

*Normativ legitimitet:* Den normative legitimiteten dreier seg om atferd som utøves ligger innenfor det som er allment akseptert. Legitimiteten kan være knyttet til konsekvens av handling, eller det kan dreie seg om måten handlingen blir utført på (teknikker og prosedyrer). Det kan også handle om strukturer som er etablert i virksomheten og lederes personlige og karismatiske evner. Den aksept en leder oppnår kan overføres til organisasjonen (Busch et al., 2010).

*Kognitiv legitimitet:* Særtrekk ved organisasjoner tas for gitt. Organisasjonen har kun oppnådd legitimitet fordi den er tilpasset våre mentale bilder av hvordan virkeligheten skal se ut. Man stiller seg ikke spørsmål om organisasjonen fortjener legitimitet eller vurderer den ut i fra om de handlinger som utføres er i samsvar med aksepterte normer. Derfor kan man si at legitimitet er basis i vår kognitive struktur; vi er altså mentalt innstilt på aksept. Hvis endringer skjer uventet, kan legitimiteten endres eller forsvinne (Busch et al., 2010).

Legitimitet er noe som blir skapt gjennom sosiale relasjoner, og bygger på fortolkninger av om organisasjoner tilfører samfunnet verdi, og om den ellers opererer innenfor akseptable grenser. Media spiller en viktig rolle. Gjennom media formidles bilder av virkeligheten som vi bygger våre fortolkninger på. Legitimiteten bygges altså på både egne og andres fortolkninger. Grunnlaget for legitimitet er altså det som observeres av omgivelsene. De fire formene for legitimitet er tett knyttet sammen, og påvirker ofte hverandre. Dette ser man ved at nye lover påvirker hva vi oppfatter som akseptabel atferd. Bryter organisasjonen en lov, brytes også sosiale normer. Det å ta vare på og utvikle sin legitimitet har vist seg å ha stor betydning for organisasjoner. Virksomheter fremhever ofte at de bærere av sentrale normer og verdier i samfunnet. Dessverre viser det seg at det ikke alltid er tett sammenheng mellom de bildene som skapes, og realiteter som finnes. Det er ingen som klarer å leve i absolutt tråd med ytre eller synlige strukturer (Busch et al., 2010).

### 2.2.3 Prinsipal-agent-teori

I organisasjoner står medlemmene i kontinuerlige interaksjoner med hverandre, og det kan utvikle seg til samspill eller motspill. Når samspill forekommer, har man en åpen interaksjon hvor man tar opp enigheter og uenigheter, og man arbeider bevisst for å tilfredsstille interessentene. Konflikter vil være en naturlig del av prosessen. Det skyldes at det alltid vil være mange og til dels motstridende mål i organisasjoner. For å få ledelsesprosessene til å fungere er det faktisk legitimt at noen personer engasjerer seg for enkelte interessegrupper. Motspill preges av konflikter som består av intriger og taktiske utspill. Enkelt personer og grupper forsøker å ivareta egne interesser i det skjulte, og man skaper et miljø hvor mistenkeliggjøring og følelser lett tar overhånd. De mål man da diskuterer blir urealistiske, og problemløsningen bærer preg av underliggende interesser. Man kan analysere problemer knyttet til motspill ved hjelp av prinsipal-agent-teorien. Agentrelasjonen kan man definere slik:

*”En kontrakt hvor en eller flere personer (prinsipalene) engasjerer en annen person (agenten) til å gjøre en jobb for dem, og som innebærer at en viss form for beslutningsmyndighet er delegert til agenten”* (Busch et al., 2010:131).

Dette innebærer at prinsipalen sitter i en maktposisjon som agenten må finne seg i å akseptere hvis han ønsker å bli i organisasjonen. Samtidig vil prinsipalen være avhengig av de handlingene agenten utfører.

Alle organisasjonens interessenter kan fungere som prinsipaler, fordi de har inngått en form for kontrakt som sier noe om at de skal motta belønning med bakgrunn i hva de yter for organisasjonen. Gjennom kontrakten vil det være ledelsens ansvar å produsere belønning. Ved å utøve lederatferd innad i organisasjonen, tar man beslutninger som påvirker belønningene som interessentene mottar. Interessentene vil ha ”representanter i organisasjonen som ivaretar deres interesser. Dermed oppstår et komplekst mønster av agentrelasjoner. Videre er det tre hovedårsaker til at slike agentrelasjoner kan by på problemer i organisasjoner:

1. *ulik målstruktur hos prinsipal og agent*
2. *asymmetrisk informasjon*
3. *ulik risikoaversjon hos prinsipal og agent* (Busch et al., 2010:132)

*Ulik målstruktur:* Om det foreligger en form for ulik målstruktur vil det alltid være tilstede en risiko for at agenten utfører en annen atferd enn det prinsipalen mener er optimalt. Det

skyldes at kontraktene mellom agent og prinsipal er ufullstendige og det er rom for å ivareta egne interesser/selvstendig atferd om agenten ønsker det. Hvis agenten utnytter dette i det skjulte, og handler i strid med prinsipalens mål oppstår det konflikter. Dette kalles opportunisme, og dreier seg for eksempel om at personlige mål prioriteres høyt fremfor organisasjonens øvrige interesser. Innenfor agent-teorien beskrives opportunistisk atferd som noe som oppstår i visse situasjoner, for eksempel når samspillet mellom leder og ansatt ikke fungerer, eller det kan skyldes dårlig kjemi mellom personer. Da vil man få problemer med å bli enige om en kontrakt og hvilke mål som er legitimt å legge til grunn. Man kan også oppleve motspill i slike situasjoner. Dette forsterkes ved at lederen disponerer sanksjonsmidler han kan benytte seg av for å straffe de medarbeidere som bryter kontrakten. I enkelte tilfelle kan opportunistisk atferd forsvares. For eksempel hvis agenten presses til å jobbe mot prinsipalens mål på bekostning av andre interesser. Det samme gjelder om prinsipalen presser agenten til å arbeide mot mål som fullstendig overkjører de mål agenten anser som viktige. En medarbeider må for eksempel kunne ivareta vesentlige personlige behov. Om prinsipalen befinner seg i en avmaktssituasjon i forhold til agenten, kan man ut fra en allmenngyldig synsvinkel oppfatte opportunistisk atferd som legitim (Busch et al., 2010).

*Asymmetrisk informasjon:* Prinsipalen og agenten ivaretar ulike arbeidsoppgaver, og har forskjellig kontaktflate med organisasjonens interesser. Dermed vil hver enkelt av de motta særegen informasjon. Det vil si at informasjonene er asymmetrisk fordelt mellom dem. Det fører til at prinsipalen ikke kan være helt sikker på om agentens atferd samsvarer med den inngåtte kontrakten. Det er dette forholdet som gjør opportunistisk atferd mulig. Prinsipalen vil ha begrensede muligheter til å kontrollere agentens atferd. I noen tilfeller kan man ikke observere atferden, kun resultatet. Det kan være at det for eksempel oppstår avvik fra budsjetterte kostnader, som igjen kan skyldes mange årsaker. Det blir vanskelig å fordele ansvaret for negative avvik, og ufruktbare diskusjoner rundt ansvarsfordeling for dårlig måloppnåelse kan oppstå. Medarbeideren presses i forsvarsposisjon, og vil prøve å unngå dette ansvaret. Lederen kan ikke være sikker på om medarbeideren forteller sannheten. Dette kalles ”hidden action.”

Om medarbeideren besitter en spesiell kompetanse, som lederen ikke innehar, kan lederen observere atferden, men aldri være sikker på om det arbeidet som utføres er optimalt. Det skyldes at lederen i mangel på kompetanse ikke ser de alternativene som medarbeideren har.

Hvis medarbeideren utøver opportunistisk atferd, kan vedkommende utnytte sin kunnskap til å utvikle lett oppnåelige mål. På denne måte vil medarbeideren lettere tilfredsstille sine interesser. Dette kalles innenfor agentteorien: ”hidden information.”

*Ulik risikoaversjon:* Hvis prinsipal og agent har ulik risikoaversjon kan det medføre problemer. Målkonfliktene dem i mellom trenger ikke å være så ulike, men atferden agenten utfører kan være lite optimal i forhold til prinsipalens interesser. En prinsipal med mindre risikoaversjon enn sin agent, kan påta seg mer risiko enn det prinsipalen hadde gjort i samme situasjon. I motsatt tilfelle kan problemer oppstå fordi agenten ikke ønsker å påta seg så mye risiko som prinsipalen ønsker.

I følge Ouchi (1979) i Busch et al., (2010:135) finnes det to strategier som kan redusere opportunistisk atferd:

1. *måling av agentens ytelse*
2. *reduksjon av målkonflikten mellom prinsipal og agent*

Når man skal måle en ytelse må man skille mellom kontroll av atferd og måling av resultat. For å kontrollere atferd kan man bygge opp en struktur som er med på å sikre at agenten opptrer i tråd med prinsipalens ønsker. Som eksempel kan nevnes byråkaratiske organisasjoner, hvor det finnes helt klare regler eller administrativ struktur som definerer tydelig hva de ansatte skal foreta seg i gitte situasjoner.

Resultatmåling kan benyttes som alternativ til kontroll av atferd. Da blir agenten styrt av de resultater vedkommende er i stand til å produsere. Ofte vil det bety at agenten får et friere handlingsrom til å ta egne beslutninger. Ved måling vil prinsipalen skaffe seg et inntrykk av om agenten arbeider i samsvar med kontrakten, og agenten kan få tilbakemeldinger som han kan ta lærdom av.

- *Formalisering:* I jobber som hvor det er enkelt å lage regler for hvordan ting skal utgjøres, er det lett å etablere en form for atferdskontroll. Regelstyrte jobber har ofte høy grad av formalisering. Om jobben lett lar seg programmer, og man lett kan måle resultatet kan man velge mellom atferds- eller resultatkontroll.
- *Normstyring:* Hvis det oppstår situasjoner hvor det er vanskelig å måle resultat og programmere arbeidsoppgavene, kan man benytte seg av normstyring. Det vil si at man velger å kontrollere atferd gjennom bruk av uformelle normer. Man benytter altså en strategi hvor man søker å redusere konfliktene mellom agent og prinsipal. Her blir

måloppnåelsen viktig for den enkelte, fordi prinsipalen ønsker å bygge opp en organisasjonskultur som der medarbeiderne identifiserer seg med organisasjonens mål. Man motiveres ikke av egennytte, men motivasjonen oppstår fordi målene i seg selv oppfattes som verdifulle.

- *Belønningsstruktur:* En belønningsstruktur som gir sterke incentiver til å jobbe mot organisasjonens mål, kan redusere målkonflikter. Det kan også være med på å gjøre organisasjonen til en viktig interessent for medarbeiderne. Belønning kan utformes på en slik måte at god måloppnåelse fører til positive ringvirkninger også for andre interessenter. Dette kan man oppnå ved å tilby medarbeidere utfordrende og interessante arbeidsoppgaver.



### **3. METODE**

Hensikten med kapittelet er å redegjøre for, og presentere forskningsprosessen vi har fulgt i forsøk på å få besvart vår problemstilling. Metode dreier seg om å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan man skal gå frem når man innhenter, organiserer og tolker informasjon. Dette utgjør en sentral del av empirisk forskning.

#### **3.1 Forskningsprosessen**

Forskningsprosessen går over fire faser:

- Forberedelse
- Datainnsamling
- Dataanalyse
- Rapportering

Data betegnes som utfallet av undersøkelsene, observasjonene og registreringene vi har gjort. Når vi utforsker virkeligheten på en systematisk måte, bruker vi metode som verktøy (Johannessen et al., 2008).

#### **3.2 Forberedelse**

Utgangspunktet for forskning starter med en nysgjerrighet, og i vårt tilfelle dreide det seg om nysgjerrighet på offentlige anbudsprosesser og internkontroll. I denne fasen tok vi altså stilling til formål og hensikt med undersøkelsen.

Viderevil vi her presentere valg av tema, problemstilling, perspektiv, og til slutt valgt forskningsdesign.

Det hadde vært omtalt klagesaker i media relatert til temaet offentlige anskaffelser blant annet høsten 2010, og vi ble nysgjerrige på hvorfor klagesaker oppstår, og ønsket å tilegne oss mer kunnskap om dette.

Vår valgte profilering, økonomistyring, ga oss økt forståelse innenfor temaet internkontroll og risikostyring, og vi fikk forståelse av at det er viktig å ha fokus på nevnte områder i enhver virksomhet. Etter hvert som vi tilegnet oss mer kunnskap om temaet, kom vi frem til at

internkontroll i forhold til offentlige anskaffelser kunne vært spesielt interessant å se nærmere på. Med det som utgangspunkt formulerte vi problemstillingen, og startet søken etter relevant litteratur.

### **3.2.1 Problemstilling**

Vår problemstilling er:

*”Hvilke utfordringer står Helse Nord overfor tilknyttet sine offentlige anskaffelser, og hvordan er den tilhørende internkontrollen utformet?”*

En problemstilling kan i følge Halvorsen (2003:22) referert i Johannessen et al., (2010:59) defineres som “... spørsmål som blir stilt med et bestemt formål, og på en så presis måte at det lar seg belyse gjennom bruk av samfunnsvitenskapelige metoder”.

Forskningsspørsmålet er ment å skulle hjelpe oss med å avgrense og gi retning i det forestående arbeidet, og det bør si noe om hva og hvem som skal undersøkes (Johannessen et al., 2008). Dette er en refleksjonsprosess. Det skulle vise seg å ta noe tid før vi fikk formulert problemstillingen helt slik som vi ville ha den. Dette skyldtes at vi hadde problemer med å snevre inn hva vi ønsket å få svar på. Vi syntes temaet var så spennende, og hadde egentlig lyst til å dra inn både etikk og risikostyring i problemstillingen i tillegg til det vi endte opp med. Etter hvert så vi at dette ikke lot seg gjøre på grunn av tidsperspektivet, og vi bestemte oss for å fokusere mest på offentlige anskaffelser og internkontroll.

Vi bestemte oss for å foreta en mer dyptgående litteraturstudie, samt gjennomføre samtaler med innkjøpsleder i Nordland fylkeskommune og direktøren ved Valnesfjord Helseportssenter for å prøve å øke vår innsikt og forståelse for temaet. På den måten følte vi at vi fikk en bedre faglig trygghet, før vi skulle gå ut og foreta intervju. Vi fikk også et bedre innblikk i temaet som gjorde at det ble lettere for oss å finne ut hva vi ønsket å fokusere mest på.

### **3.2.2 Overordnet perspektiv**

I følge Johannessen et al., 2004, er perspektiv noe løsere enn teori, en betraktningssmåte eller en synsvinkel. Problemstillingen kan sees i fra flere forskjellige perspektiv. Vi ønsket å avgrense og utelukke områder og bestemte oss derfor for å fokusere på et organisatorisk perspektiv, fordi det perspektivet reflekterer en del av vårt faglige utgangspunkt. Dette valget fikk videre i oppgaven betydning for måten vi vektla ulike faktorer på.

### **3.2.3 Valg av forskningsdesign**

I en tidlig fase må man ta stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og på hvilken måte man ønsker å gjennomføre undersøkelsen. Forskningsdesign betegnes som “alt” som knytter seg til en undersøkelse.

Det går et skille mellom ekstensive og intensive forskningsdesign. Ekstensive undersøkelser går i bredden på fenomen, og benyttes når man har et ønske om å videreformidle en presis vurdering av omfanget. Da har man mulighet til å generalisere (Johannessen et al., 2008).

Vi valgte å bruke et intensivt design, fordi vi ønsket å tilegne oss så mye informasjon som mulig. Intensive utvalg kjennetegnes ved at de er rik på informasjon, noe vi anså våre informanter for å være. Vi ønsket å gå i dybden på et problem, og valgte derfor å intervju flere ledere i ulike ledelsesposisjoner innenfor Helse-Nord. Med bakgrunn i ovennevnte valg hadde vi et håp om å få en god og helhetlig forståelse av sammenhengen mellom Helse Nord's offentlige anskaffelser og internkontroll.

#### ***Casedesign***

Vårt valg falt på casedesign. Det kjennetegnes ved at et eller flere tilfeller studeres inngående, og datainnsamlingen er detaljert og omfattende (Johannessen et al., 2008). Vi har som nevnt tidligere valgt å avgrenset vårt fokus til å omfatte anskaffelser og internkontroll, og prøvd å få innblikk i en mest mulig inngående beskrivelse av prosessene rundt valgte tema. Først hadde vi tenkt å utføre flere casestudier, men vi innså raskt at tidsperspektivet kom til å bli et problem, og vi valgte derfor heller å gå i dybden i ett casestudie. Videre har vi benyttet oss av en kvalitativ tilnærming, det vil si kvalitative intervju, fordi vi mente at dette var den beste måten for oss å få tilgang til et tilstrekkelig datagrunnlag.

Vi hadde ikke problemer med å få avtalt intervju med ledere i Helse-Nord, og det har vi satt stor pris på. Noen informanter har vært veldig hjelpelige med informasjon, mens andre har vært litt mer tilbakeholdne. Selv om man ikke alltid kan være helt sikker på at man har fått oppgitt helt riktig informasjon, har vi hatt anledning til å gå inn på Helse Nord's hjemmesider på internett hvor blant annet årsrapporter, rapporter fra intern revisjon og styresaker ligger lett tilgjengelig. Det har gjort det enklere for oss å finne relevant fagstoff, og skaffe til veie data under skriveprosessen i tilfeller hvor vi så at det datamaterialet vi allerede hadde var noe tynt, eller vi ønsket å utdype det mer.

### **3.3 Datainnsamling**

Det som samles inn av data og dokumentasjon skal representere den virkeligheten som undersøkes i følge Johannessen, et al. (2008). Vi vil her redegjøre for vårt valg av metodisk tilnærming, utvalg og rekruttering, samt datainnsamling og intervjuprosessen.

#### **3.3.1 Valg av metodisk tilnærming**

Metodelæren skiller mellom kvalitativ og kvantitativ datainnsamling. I kvantitativ tilnærming er man opptatt av å telle opp fenomener. Det vil si at kvantitative data er målbare, og man kan kartlegge deres utbredelse. Ved innhenting av kvantitative data kan man for eksempel benytte seg av spørreskjema. Ved valg av kvalitativ tilnærming forholder man seg til data i form av tekst, og vektlegger fortolkning av datamaterialet (Johannessen et al., 2008). Kvalitative data kan innhentes gjennom observasjon, intervju og fokusgrupper. Man bør velge en metode som man mener er best egnet til å svare på problemstillingen (Holme og Solvang, 1996).

#### **3.3.2 Utvalg**

##### ***Valg av casebedrift***

Av hensyn til praktisk grunner ønsket vi fortrinnsvis kontakt med en bedrift i nærmiljøet, altså lokalisert i Bodø eller omegn.

Utvalgsgruppen for oppgaven var offentlige virksomheter som foretar store anskaffelser. Vi vurderte blant annet Helse Nord, Politiet, Statens Vegvesen, NSB og Nordland Fylkeskommune.

Vi så fordelene ved at Helse Nord hadde meget gode nettsider, hvor mye informasjon lå lett tilgjengelig for oss. Gjennom media hadde vi fått kjennskap til at de hadde foretatt store anskaffelser, samt anskaffelser det hadde vært en noe ”støy” rundt. Vi regnet med at de hadde gjort seg opp meninger om hvordan for eksempel anskaffelsesprosesser bør fungere ideelt sett. Dermed ble det naturlig for oss at valget til slutt falt på Helse Nord.

##### ***Utvalgsstørrelse***

På forhånd kan man ha en viss formening om hvor mange informanter man ønsker å intervju. I Johannessen, et al. (2008) sies det at når man ikke lenger klarer å få ny informasjon ut av informantene, har man nådd en grenseverdi. Da har det ingen hensikt å foreta flere intervju. I tillegg vil tidsaspektet sette begrensninger for hvor mange intervju man kan gjennomføre. I studentprosjekter antas det at 5-10 informanter er nok (Johannessen et al., 2008). Dette fikk vi

erfare da vi valgte oss ut fem informanter og vi så at det kom lite ny informasjon ut av det siste intervjuet.

Ved å velge ut informanter i ulike lederstillinger håpet vi på å få avdekke forskjellige synspunkter og erfaringer med prosessene innad i organisasjonen i forhold til valgte tema. Om man velger et likt utvalg informanter risikerer man å få like svar og dermed mindre dekkende data. Et bredt datagrunnlag gir bedre forutsetninger for å kunne få et godt svar på problemstillingen (Johannessen et al., 2008).

### ***Utvalgsstrategi og rekruttering***

Med utgangspunkt i problemstillingen gjorde vi oss opp en formening om hvem og hvor mange informanter vi ønsket å komme i kontakt med. I kvalitative studier har man et ønske om å overføre genererbar kunnskap. Ved utvalg av informanter handler det om strategisk utvelgelse fordi rekrutteringen har et tydelig formål (Johannessen, et al., 2008).

Fordi alle våre informanter sitter i ledende stillinger, anser vi dem for å være rike på informasjon. Vi startet med å intervjuer innkjøpslederen, i et forsøk på å utvide vår kunnskap rundt hovedtemaet offentlige anskaffelser. I løpet av intervjuet henviste han til en dialog han hadde hatt med internrevisor angående internkontroll. Dermed bestemte vi oss for å kontakte internrevisor for intervju, da vi anså han som å være den best egnede til å besvare spørsmål rundt dette temaet. Som tredje informant ønsket vi å etablere kontakt med økonomisjefen. Dette lyktes vi ikke med. Han henviste videre til eierdirektør. Alle informantene hadde for så vidt nevnt eierdirektøren i intervjuene. Hun skulle ha god kunnskap på området anskaffelser, og vi bestemte oss for å kontakte henne. Her kan man si at vi benyttet oss av snøballmetoden. Denne metoden går ut på at vi velger ut informanter ved å forhøre oss om hvem som er rik på kunnskap om dette temaet, og hvem vi bør kontakte. Disse personene kan igjen henvise oss videre til andre informanter som har god kjennskap til temaet (Johannessen et al., 2008). Vi syntes at det fungerte godt for oss å gjøre det på denne måten, fordi det var utfordrende for oss som eksterne forskere å vite hvem som var best kvalifisert til å besvare våre spørsmål. På den måten brukte vi heller litt ekstra tid på å samle inn data, og samtidig skaffe oss mest mulig relevante data, enn om vi selv på forhånd valgte ut de vi trodde var mest rik på informasjon, og risikerte å sitte igjen med et ufullstendig datamateriale.

Senere fikk vi intervju med direktøren i Helse Nord. Som øverste ledd i organisasjonen, anså vi han for å kunne være rik på informasjon og kunnskap, og vi ønsket å høre om han kunne

fortelle oss noe interessant. Som siste intervjuobjekt fikk vi avtalt og gjennomført intervju med styreleder.

### **3.3.3 Innsamling av data**

Bakgrunn for teoriutvalg er offentlige anskaffelser og internkontroll. Vi har erfart at det finnes en god del økonomisk teori om internkontroll, men lite økonomisk litteratur som omhandler offentlige anskaffelser. Det er først og fremst i de senere år at det er blitt satt mer fokus på temaet. Bakgrunnen for dette er at regelverket er blitt mer rigid, det blir fokusert på hvordan det offentlige disponerer sine ressurser, og ikke minst blir det i større grad enn tidligere fokusert på etikk – korrupsjon og tilfeller som ligner korrupsjon.

Det finnes juridisk litteratur som beskriver regelverket for offentlige anskaffelser. Her beskrives faktagrunnlaget og rammebetingelsene offentlige anskaffelser skal utføres innenfor. Dette er et lovverk som ofte blir omtalt som stort og komplekst.

Av økonomiteoretisk litteratur har vi for eksempel brukt COSO - rapporten. Rapporten er en anbefaling som omhandler eierstyring og selskapsledelse, hvor man blant annet får anbefalinger om hvordan internkontroll bør utformes. Vi har også funnet utrednings – og forskningsrapporter av nyere dato. Dermed har vi skaffet til veie ferske rapporter som vi anser for å være svært representative for vår bacheloroppgave.

#### ***Sekundære og primære data***

Det skilles mellom primære (ny data) og sekundære data som allerede finnes og som man innhenter selv. Vår oppgave tar utgangspunkt i begge deler. Vi har innhentet primærdata ved å gjennomføre kvalitative intervju. De sekundære dataene er hovedsakelig innhentet gjennom bruk av internett. En ulempe med sekundære data er at man må være oppmerksom på at det finnes mye gammel informasjon, som ikke trenger å være representativt for virksomheten i dag, og det faktum at man ikke kan påvirke påliteligheten. Vi har ingen kjennskap til hvordan informasjonen er innsamlet, målt og registrert. Av den grunn har vi forholdt oss noe kritisk til allerede fortolket informasjon. Men det er også positive sider ved bruk av sekundære data, som for eksempel at det ofte er gratis, raskt og lett tilgjengelig for oss. Vi har blant annet lest årsrapporter, avisartikler, tidsskrifter og annen offentlig informasjon.

Det å skulle skaffe til veie primærdata har vært utfordrende. Det er tidkrevende å avtale, forberede, gjennomføre, transkribere, og analysere kvalitative intervju. Man er også prisgitt

hvor mye informantene ønsker å meddele oss av informasjon. Det har også kostet oss tid og penger å komme seg til og fra avtalt møtested.

### **3.3.4 Kvalitativt intervju**

Vi ønsket å skaffe oss så mye informasjon som mulig for å kunne svare på problemstillingen, og vi bestemte oss i en tidlig fase for å benytte oss av kvalitative intervju. Fordelene med den typen datainnsamling er at man kan få kunnskap om informantenes forståelse og erfaringer på området (Johannessen et al., 2008) og man kan fange opp non-verbalt språk som er med på å tillegge og forsterke/svekke ordenes betydning. Vi valgte oss ut 5 informanter som innehar ulike ledende stillinger innenfor Helse-Nord som vi intervjuet. Dette valget ble foretatt med bakgrunn i at vi ønsket å belyse problemstillingen fra ulike synsvinkler, og skaffe oss mest mulig bredde på datamaterialet. Vi prøvde så godt vi kunne og skreddersy hvert enkelt intervju til informantens stilling.

Ved å foreta semi-strukturerte og kvalitative intervju kunne vi stille supplerende spørsmål om ting som var uklart, eller som vi ikke følte hadde blitt besvart godt nok, og vi kunne be informanten komme med eksempler for å øke vår forståelse av prosesser internt og eksternt i virksomheten.

#### ***Utforming av intervjuguide***

Fordi våre informanter sitter i ulike typer lederstillinger, utformet vi forskjellige intervjuguider. Vi tok utgangspunkt i stillingstittel og stillingsbeskrivelse som vi fant på Helse Nord's hjemmesider. På den måten håpet vi å få fanget opp mest mulig relevante data. Målet med guiden er å få en oversikt/liste over tema og spørsmål som man ønsker å få besvart under intervjuprosessen (Johannessen, et al., 2008).

Vi startet en idemyldring hvor vi skrev opp alle spørsmål vi kom på som kunne tenke seg å være relevant. Deretter komprimerte vi dette ned til ca 10 spørsmål. Vi måtte tenke på tiden både vi og informantene hadde til rådighet. Målet var at et intervju ikke skulle overstige en time, slik at datagrunnlaget ikke ble for omfattende og vanskelig å analysere etterpå. De samtaler vi i forkant hadde hatt med innkjøpssjef i fylkeskommunen og direktør ved Valnesfjord Helseportsenter, samt litteraturstudier var med på å legge et faglig grunnlag som vi kunne formulere spørsmål ut i fra. Det var en vanskelig prosess i starten å skulle formulere seg riktig, og komme opp med de "rette" spørsmålene. Vi forkastet ofte spørsmål før vi til slutt sa oss fornøyd. I denne fasen var vår veileder til god hjelp. Han så over spørsmålene og kom med forslag til endringer og rettelser. Dette var også en læringsprosess. Da vi skulle

utforme spørsmålene til det siste intervjuet, hadde vi ingen problemer med å formulere spørsmålene.

Vi oversendte intervjuguiden til informantene senest dagen før avtalt intervjutidspunkt, slik at vedkommende hadde tid til å forberede seg, men også fordi vi skulle få mest mulig utbytte av intervjuene.

### ***Intervjuforløpet***

Etter å ha kontaktet informantene lot vi dem bestemme tid og sted for intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført ved Helse Nords RHF's lokaler i Storgata, Bodø. Vi valgte å gjøre det slik, fordi vi anser det som viktig at informanten skal føle seg mest mulig bekvem under seansen. Dermed øker vi våre muligheter for å sitte igjen med et vellykket gjennomført intervju, og data av god kvalitet (Johannessen, et al., 2008).

Da vi møtte til intervju startet vi med å presentere oss selv og oppgaven. Vi spurte om tillatelse til å bruke båndopptaker under samtlige intervju, for å være sikre på at vi ikke gikk glipp av nyttig informasjon, og for å kunne fremstille data på en mest mulig korrekt måte i ettertid. Det var ingen som hadde innvendinger mot dette. For vår del var det til stor hjelp fordi vi kunne konsentrere oss om det informanten hadde å formidle. I tillegg tok en av oss notater underveis, i tilfelle opptaket skulle bli ødelagt. Vi byttet på å stille spørsmål og ta notater. Det så ikke ut til å være problematisk for informantene at de måtte forholde seg til to som stilte spørsmål. Vi syntes det var greit å gjøre det på denne måten, fordi om en av oss stod litt fast verbalt, kunne den andre komme med innspill, og eventuelt overta. En annen årsak til at vi valgte denne løsningen var at under semi-strukturerte intervju har man muligheten til å komme med for eksempel oppfølgingsspørsmål. Da syntes vi det var greit om den som tok notater også kom med innspill, dersom vedkommende lurte på noe. Vi satt igjen med følelsen av at hele seansen ble mer inkluderende, og man skapte mer engasjement blant informant og intervjuere ved at alle deltok like mye.

Etter hvert intervju satt vi igjen med ny innsikt og kunnskap. Vi fikk også generelt sett erfaringer med det å foreta intervju. Det bidro til at vi etter hvert følte oss mer komfortabel i intervjusituasjonen, og det ble enklere å formulere spørsmål til neste intervju.



## 3.4 Dataanalyse

### 3.4.1 Transkribering

De tre første intervjuene hadde et tidsomfang på ca 60-65 minutter. Det fjerde intervjuet tok kun 16 minutter og det siste 40 minutter. Vi tok opp intervjuene på lydbånd, for deretter å laste dem inn på pc, og videre transkribere dem i løpet av et par dager. Noe unødig mellomsnakk ble tatt bort, men ellers skrev vi tilnærmet ordrett av det informantene hadde sagt. Vi ønsket å gjøre det på denne måten, for å forsikre oss om at vi hadde forstått informantene riktig, og for i størst mulig grad unngå at man feilsiterte informantene. Til slutt satt vi igjen med totalt cirka 44 sider tekstmateriale. Vi sendte de transkriberte intervjuene tilbake til informantene for godkjenning. På denne måten forsikret vi oss om at informantene har gått god for det de har sagt. Det hender jo at man sier ting som blir oppfattet feil, eller at man sier ting på en annen måte enn det man hadde ment. Da kan det være greit for informantene å få en mulighet til å rette opp dette. Vi opplevde i kun ett av tilfellene at informantene ønsket å korrigere språket, og utelate noen eksempler vedkommende hadde meddelt oss under intervjuet.

### 3.4.2 Analyse av meningsinnhold

I analysen er man opptatt av å få frem meningsinnholdet i teksten, og dette byr på utfordringer. I Johannessen, et al., (2010:186) sier Miles og Hubermann at ord er feitere enn tall, og at ord kan tillegges flere meninger. Det er utfordrende å skulle få oversikt over et omfattende tekstmateriale, og vi erfarte at det var vanskelig å vite hvordan man skulle starte på analysen.

Vi har benyttet oss av hermeneutikken i vår analyse, for å forsøke å få en helhetlig forståelse av fagområdet vi studerer. Hermeneutikk betyr å fortolke. I Johannessen, et al., (2010:398) blir hermeneutikk forklart slik:

*”Det hermeneutiske paradigme søker etter en helhetlig forståelse av menneskenes livsverden. Meningsfulle fenomener er forståelige bare i den sammenhengen eller konteksten de forekommer i. Det er sammenhengen som gir dem en bestemt mening, og framskaffer de nøkler man må ha for å kunne forstå dem. Kvalitative metoder er best egnet for å få tak i denne typen fenomener”.*

Vi har altså skaffet oss forståelse gjennom litteraturstudie. Gjennom intervjuene har vi økt vår forståelse, noe som har ført til ny innsikt i fagområdet. Til slutt har vi prøvd å se etter sammenhenger mellom teori og praksis.

### **3.5 Oppgavens kvalitet**

Det vil her dreie seg om reliabilitet og validitet. Det vil si i hvilken grad de data vi har samlet inn er troverdige og pålitelige.

#### **3.5.1 Reliabilitet**

Reliabilitet dreier seg om i hvilken grad våre data er pålitelige. Hvilke data vi har brukt, hvordan de er innsamlet og bearbeidet i etterkant. Man kan si at påliteligheten er høy dersom uavhengige målinger av samme fenomen gir samme eller tilnærmet samme resultat (Holme og Solvang 1996). Sett i forhold til vår oppgave, vil det at vi fikk tilnærmet like svar fra intervjuobjektene bety at oppgaven vår har en høy pålitelighet. I tillegg så vi at en del av de funn Helse Nord står ovenfor, er helt lik de som er beskrevet i utredningsrapporter fra statens senter for økonomistyring og riksrevisjonen. Det mener vi er med på å styrke vår oppgave.

Når det gjelder innhenting av data benyttet vi oss av både primære- og sekundære data. Vi hentet inn allerede eksisterende sekundære data, som vi mente ville være aktuell for vår problemstilling, men vi kan ikke være sikker på denne informasjonens pålitelighet pga eldre dato. I tillegg har vi tilegnet oss primære data/informasjon gjennom intervjuene som skal tjene samme nytte. Vi antar at virksomheten selv er den aktør som besitter mest kunnskap om Helse-Nord, og at de opplysninger de gir oss er mer pålitelig enn ekstern informasjon. I tillegg jobber informantene våre i ledende stillinger og er høyt utdannet. De har også hatt noe tid til å forberede seg, fordi vi oversendte spørsmålene dagen før intervjuene fant sted. Derfor anser vi informasjonen vi har mottatt som pålitelig, og den strategiske analysen vil derfor i størst grad baseres på primærdata.

#### **3.5.2 Validitet**

I kvalitative studier dreier validitet seg om i hvor stor grad funnene på en riktig måte reflekterer formålet med studiet. I tillegg skal de representere virkeligheten på en god måte (Johannessen et al., 2010). Det er av betydning for vår forskning at vi skiller mellom relevant og irrelevant informasjon. Det vil si at det holder ikke at dataene er pålitelige (reliabilitet), de skal også ha den egenskapen at de kan hjelpe oss til å finne svar på problemstillingen (relevante) (Holme og Solvang 1996). Validitet må ikke oppfattes som noe definitivt, men det

skal representere et kvalitetskrav som skal være tilnærmet oppfylt (Lund, 1996 referert i Johannessen et al., 2010).

Når det kommer til å vurdere validiteten i vår oppgave er det flere punkter vi må kikke nærmere på. For det første er vi som nevnt delvis prisgitt vår informanter og at de svarer ærlig på de spørsmål vi stiller dem. Det er vanskelig for oss å sjekke at de svar vi får er riktige, og derfor må vi ta utgangspunkt i at det vi blir meddelt stemmer overens med virkeligheten. For det andre er noen av rapportene vi refererer til av eldre dato, og det kan være at dagens situasjon innenfor Helse-Nord avviker i mer eller mindre grad fra det bildet disse rapportene gir oss. For det tredje skriver vi denne oppgaven over en tidsperiode på fem måneder, og vi må ta forbehold om at ting i virksomheten kan endres underveis. Intervjuene har vi foretatt i en tidsperiode på en og en halv måned.

Vi håper og ønsker ikke at våre egne subjektive holdninger skal virke inn på hvordan vi fremstiller internkontrollen i forhold til offentlige anskaffelser i Helse-Nord. Dette vil vi prøve å unngå ved og i størst mulig grad benytte oss av den informasjon vi har tilegnet oss gjennom de kvalitative intervjuene vi har foretatt, altså primærdata.

Sett under ett er vi av den oppfatning at validiteten i oppgaven er høy. Det begrunner vi med at vi har benyttet oss av både sekundære og primære data, og sett dette i sammenheng. Vi har også hentet inn informasjon rundt temaet offentlige anskaffelser fra andre kilder som for eksempel innkjøpsleder i fylkeskommunen, direktør på Valnesfjord Helsesportsenter, og kurs i offentlige anskaffelser i regi av Nordland fylkeskommune.

## 4. BAKGRUNN

Først vil vi introdusere temaet offentlige anskaffelser med til hørende regelverk. Deretter vil vi se på hvordan anskaffelsesprosessen foregår i Helse Norge og i Helse Nord. Etterpå presenterer vi Helse Nord, hvordan organisasjonen er organisert og oppbygd. Videre vil vi se på risikostyring og internkontroll. Vi ser på oppgavefordelingen og hvem som har ansvar for at internkontroll blir implementert og fungerer som et godt styringsverktøy. Fordi vår oppgave dreier seg om Helse Nord vil vi bruke veiledningen for Styrearbeid i regionale helseforetak, som er utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

### 4.1 Offentlige Anskaffelser

Først vil vi definere hva offentlige anskaffelser er:

*”Offentlige innkjøp omfatter utgifter til varer, tjenester og bruttorealinvesteringer i statlig og kommunal forvaltning, samt tilsvarende innkjøp foretatt av statlig og kommunal forretningsdrift. Innkjøp foretatt av offentlig eide foretak ellers (ASA/AS og SF) regnes ikke som offentlige og er derfor ikke med..”* (ssb.no, 2010). Når vi sier det offentlige mener vi statlige, kommunale og fylkeskommunale myndigheter og offentligrettslige organer.

Offentligrettslige organer er et organ som:

- Er et selvstendig rettssubjekt
- Tjener allmennheten og ikke er av industriell eller forretningsmessig karakter og
- Er kontrollert av offentlige organer (Dragsten, 2006)

Det finnes ulike måter man kan foreta offentlig anskaffelser på. Hvilken form som benyttes avhenger av anskaffelsens størrelse og art, og EØS/WTO- terskelverdiene. (Dragsten, 2008). Det er også flere momenter som spiller inn på valget av anskaffelsesform, for eksempel hvor ressurskrevende konkurranseformen er, hvordan det eksterne markedet for anskaffelsen er, altså det praktiske rundt innkjøpet (Regjeringen.no, 2010) Vi forteller her kort om de forskjellige måtene en offentlig anskaffelse kan gjøres på:

*Direkte anskaffelse:* er direkte anskaffelse, hvor anskaffelsen ikke kunngjøres og anskaffelsens verdi er under 500 000 kr.

*Åpen anbudskonkurranse:* tillater at alle leverandører som ønsker det kan delta, men det er ikke rom for forhandling om kvalitet og pris.

*Begrenset anbudskonkurranse:* bare enkelte leverandører blir tilbudt å delta. I denne formen er det heller ikke noe rom for forhandling.

*Konkurranse med forhandling:* oppdragsgiver har mulighet til å forhandle med leverandøren på pris kvalitet og ulike krav.

Det finnes også noe som heter konkurranse preget dialog, Dynamiske innkjøpsordninger, plan- og designkonkurranse, men de kommer vi ikke til å drøfte videre her.

*Rammeavtaler:* I Norge kjøper det offentlige inn for over 250 millioner per år. Dette tallet er stigende. Ser vi tilbake til 1995, var tallet på offentlige innkjøp ca 120 milliarder. (Røste 2008). Som vi ser er altså denne trenden voksende, og denne typen politikk har fått navnet “konkurransopolitikk.” (regjeringen.no, 2011). Grunnen til at denne typen politikk anvendes i så stor grad er for å redusere det offentliges bruk av ressurser, styrke den private næringen og samtidig oppnå høyere effektivitet (Busch et al., 2009). “*Effektive offentlige innkjøp kan frigjøre milliarder av kroner som kan brukes til både fornying og økt velferd*” (anskaffelser.no, 2010). Konkurransesetningen i det offentlige er en måte å styrke verdiskapningen i samfunnet på, samtidig som man ønsker å oppnå lavest mulig pris og høyeste mulige kvalitet på innkjøpene.

I offentlig sektor er det ofte slik at man får et internt bestiller-/leverandørforhold. Det vil si at en av de offentlige etatene vinner en anbudsrunde. Da vil denne etaten motta budsjettmidler etter den inngåtte kontrakten (Busch et al., 2009).

#### **4.1.1 Regelverket for offentlige anskaffelser**

Dette regelverket er stort og komplekst. Det består til sammen av Anskaffelsesloven, Anskaffelsesforskriften som består av 5 deler, samt Forsyningsforskriften. Hvilke regelsett som kommer til anvendelse avhenger grovt sett av anskaffelsens art og verdi. Grunnen til at vi har dette regelverket er nedfelt i Lov om Offentlige Anskaffelser § 1, Formålsparagrafen skal bidra til at oppdragsgiverne skal opptre med stor integritet, slik at det skal oppstå tillitt til at anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte. Den skal sende et signal om at det er krav til etisk atferd hos offentlige tjenestemenn rundt dette med offentlige anskaffelser. Videre er dette et ledd for å hindre arbeid mot korrupsjon og korrupsjonsliknende tiltak (Gjønnnes 2007).

I første omgang tar vi utgangspunkt i Anskaffelsesloven og de grunnleggende krav som er satt i § 5:

- Oppdragsgiver skal opptre i samsvar med god forretningsskikk.
- Sikre høy forretnings etisk standard og god forretningsskikk i den interne saksbehandlingen.
- Sikre at det ikke finner sted forskjellsbehandling mellom leverandører.
- Anskaffelse skal så langt det er mulig være basert på konkurranse.
- Oppdragsgivere skal sikre hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktighet og etterprøvbarhet gjennom hele anskaffelsesprosessen.
- En anskaffelse skal ikke deles opp for å unngå bestemmelser.

Videre kan man si at oppdragsgiver ikke skal bruke standarder og tekniske spesifikasjoner som et virkemiddel for å hindre konkurranse.

Disse reglene er EØS- avtalens grunnleggende prinsipper, og gjelder uansett anskaffelsens art, verdi og metoden for anskaffelsen. De representerer grunnlaget for mer spesifiserte regler. Disse grunnreglene skal altså anvendes gjennom hele prosessen, og kravene skal også sikre effektiv ressursbruk jfr. Anskaffelsesloven § 1. Disse grunnleggende prinsippene har grovt sett to funksjoner: for det første gi en mal om hvordan en anskaffelsesprosess skal gjennomføres når det ikke finnes noe konkret regelverk. De skal fungere som et selvstendig rettslig grunnlag for plikter og rettigheter i anskaffelsesprosessen (Gjønnnes, 2007). For det andre er de grunnleggende prinsippene fortolkningsmomenter til hvordan anskaffelsesregelverket skal forstås (Gjønnnes, 2007).

Vi vil kort forklare hva de ulike kravene går ut på:

God forretningsskikk innebærer at saksbehandlingen skal være “...*saklig, forsvarlig og ikke vilkårlig*” (Dragsten, 2006:52) I tillegg vil det si at anskaffelsen skal være ressurseffektiv og foretas på den mest økonomiske måte for oppdragsgiveren. “*Effektiv er et økonomisk begrep. Bruken av samfunnets ressurser er effektiv når de gir størst mulig verdi av det som produseres, under de forholdene som ellers råder*”(Røste, 2008:49).

Likebehandling vil si at de skal sikres slik at det er like vilkår for de som deltar i konkurransene. Alle leverandører skal få samme mulighet til å nå opp i konkurransen gjennom hele anskaffelsesprosessen (Gjønnnes, 2007).

At anskaffelsen skal være konkurransebasert er et krav for å sikre at det offentlige kjøper varer og tjenester av ønskelig kvalitet til lavest mulig pris. Dette kravet gjelder som sagt uavhengig av anskaffelsens art og verdi. Dette kravet er også til for å utvikle næringslivet. Dette skal også være til hinder for kameraderi, korrupsjon og svart arbeid (Gjønnes, 2007). I regelverket står det at det så lang det er mulig skal være basert på konkurranse, det vil si at i tilfeller hvor det bare er en leverandør som kan levere ytelsen, vil konkurranse utebli.

Forutberegnelighet innebærer at leverandørene skal ha tilstrekkelig informasjon om konkurransen, kravene som stilles og om gjennomføringen av den slik at de kan ta forsvarlige vurderinger og valg med hensyn til tilbudets innhold og etterprøve oppdragsgiveren valg i etterkant. Dette kravet skal sette begrensninger i oppdragsgivers adgang til å endre konkurransereglene underveis, og skape mer tillitt til regelverket. Og at man skal ha mulighet til å kontrollere at prinsippet om likebehandling er fulgt (Gjønnes, 2007).

Kravet om gjennomsiktighet betyr at alle handlinger og beslutninger skal være synbare, altså tilgjengelig for alle. Leverandørene skal altså ha tilgang til den informasjonen som er nødvendig for å vurdere hvorvidt regelverket er tilstrekkelig fulgt. Dette skal også sikre at kravet om likebehandling blir fulgt. Dette kravet gjelder både i relasjonen leverandør-opppdragsgiver og leverandør-leverandør. Det skal kunne etterprøves at det er likebehandling. Oppdragsgiver er ansvarlig for at prinsippet om gjennomsiktighet er fulgt gjennom hele anskaffelsesprosessen.

Proporsjonalitetsprinsippet er det samme som forholdsmessighet. Altså at: *“...kriterier som blir fulgt i konkurransegrunnlaget både skal være nødvendige og passende i forhold til kontraktens gjenstand”* (Gjønnes 2007:16).

Kravet om at man ikke skal dele en anskaffelse opp for å omgå regelverket, er et prinsipp som bygger på at det offentlige ikke skal dele opp en planlagt anskaffelse, for å unngå f.eks. anbuds konkurranser.

Som vi nevnte tidligere så avhenger gjennomføringen av anskaffelsen av anskaffelsens størrelse og art, og EØS/WTO- terskelverdiene.

#### De viktigste terskelverdiene

EUs terskelverdier	1,7 millioner NOK eks moms for vare- og tjenesterkontrakter
	1,1 millioner NOK eks moms for vare- og tjenestekontrakter som anskaffes av statlige myndigheter
	43,5 millioner NOK eks moms for bygge- og anleggskontrakter
Norsk terskelverdi	500.000 NOK eks moms for vare- og tjenesteleveranser, høyere for energi-/byggektrakter med mer

Figur 2 Terskelverdier (Kilde: bedriftieu.no, 2011)

Anskaffelser over 500 000 kr skal gjennom en anbudskonkurranse. Det finnes også regler for hvordan anskaffelser under 500 000 skal gjennomføres. I Norge er det protokollplikt for kjøp over 100 000 kr, hvor det skal noteres hva som er kjøpt, og på hvilket grunnlag valg av leverandør er tatt. En leverandør kan melde brudd på disse grunnleggende kravene selv om det ikke er avholdt noen formell konkurranse, og uavhengig av anskaffelsens art og verdi, så lenge anskaffelsen faller inn under anskaffelseslovens anvendelsesområde jfr. §§ 2 og 3

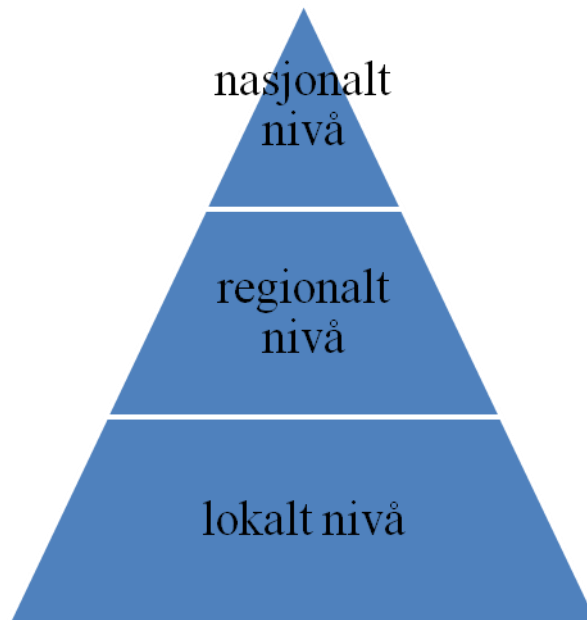
## 4.2 Anskaffelser

Vi vil her fortelle litt om Anskaffelser i Helse-Norge. Deretter gjennomgår vi innkjøpsplanen til Helse Nord, fordi den er et verktøy i deres internkontroll i forhold til anskaffelser. Hvordan den strategiske planen for innkjøp er lagt opp, avhenger litt av det nivået innkjøpet gjøres på. Derfor velger vi å starte med å forklare litt om disse nivåene, før vi beskriver rammeplanen som innkjøpsfunksjonen i Helse Nord er pålagt å bruke.



#### 4.2.1 Anskaffelser i Helse-Norge

Innkjøp i Helse Norge er delt opp på tre nivå, nasjonalt nivå, regionalt nivå og lokalt nivå. All data kommer fra dokumentet gjennomføring av regional anskaffelse, vedlegg 1.



Figur 3 Anskaffelsesnivå (egenkomponent)

På *nasjonalt nivå* samordnes innkjøpsavtaler mellom helseregionene Helse-Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Da gjennomføres innkjøpene gjennom innkjøpssentralen HINAS som står for Helseforetakenes Innkjøpsservice AS. HINAS eies av de fire regionale helseforetakene. Samordning av innkjøp vil si at man kjøper inn nasjonalt, altså man gjør innkjøp for alle foretakene samtidig. Dette gjøres for å ha muligheten til å kjøpe i store kvantum, og dermed sikre seg gode avtaler.

På *regionalt nivå* foretar man innkjøp for hele regionen. Det er innkjøp på dette nivået vår oppgave fokuserer på. Dette er altså en samhandling mellom regionalhelseforetaket og helseforetakene. For Helse Nord blir det kjøpt inn mest på dette nivået (informant Jonny Jensen). Det dreier seg i stor grad om ulike helsetjenester som for eksempel private sykehustjenester og rehabilitering. Det regionale helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sikre at foretakene følger lov og forskrifter rundt anskaffelser når de foretar lokale innkjøp.

På *lokalt nivå* foregår det meste av innkjøp hos helseforetakene, og de har det grunnleggende ansvar for sine innkjøp.

#### 4.2.2. Anskaffelsesprosessen i Helse Nord

Her vil vi presentere den generelle anskaffelsesprosessen i Helse Nord. Den første delen er en beskrivelse av prosessmodellen “gjennomføring av regional anskaffelse”, dette er opprinnelig et flytskjema. Formålet med disse retningslinjene er at anskaffelsen skal gå ryddig for seg, og de angir hvem som skal være involvert i anskaffelsesprosessen, hvem som har myndighet til å ta beslutninger og definerer ulike beslutningspunkter. I prosessmodellen vil vi se hvordan Helse Nord jobber i forhold til dette flytskjemaet.

##### Prosessmodellen

Denne modellen angir samhandlingsprinsipper og kommunikasjonsrutiner for samarbeid mellom regionalhelseforetaket og helseforetaket i gjennomføringen av en regional anskaffelse (Vedlegg 1). Før det vedtas at man skal gjennomføre en regional anskaffelse, skal man gjennomføre en prosess for å se om anskaffelsen bør gjennomføres på nasjonalt nivå. Prosessmodellen på regionalt nivå er lik prosessen for anskaffelser på nasjonalt nivå. Det er prosjekteier som gjennomgår, vurderer og beslutter om anskaffelser skal kjøres på regionalt nivå. Prosessmodellen har fire etapper.



Figur 4 Prosessmodellen (Kilde: Vedlegg 1)

Når Helse Nord Etablerer et prosjekt på regionalt nivå innebærer det at fagdirektøren/eierdirektøren utnevner en styringsgruppe og prosjektleder. Styringsgruppen skal utnevne prosjektdeltakere og en prosjektleder. Videre skal prosjektgruppen utarbeide en prosjektplan som styringsgruppen skal gjennomføre.

Det er prosjektgruppen som skal utarbeide et konkurransegrunnlag med kravspesifikasjoner, vurdere innspill og ferdigstille konkurransegrunnlaget. Gruppen foretar innkjøp for helseforetakene, og den skal lese gjennom konkurransegrunnlaget. Det er styringsgruppens oppgave og til slutt godkjenner konkurransegrunnlaget..

Det er prosjektgruppens ansvar å gjennomføre evalueringsmøter i forhold til de tilbud som er kommet inn. Her skal prosjektgruppen også vurdere om det er behov for utprøving av innkomne tilbud. Det kan dreie seg om å prøve ut enkeltprodukter eller hele produktutvalg. Helseforetakene skal også gjennomføre og dokumentere utprøvingen. Om det er behov for en slik utprøving er det prosjektleder som administrerer utprøvingen, og prosjektgruppen vurderer innspill og tilbakemeldinger før endelig avgjørelse. Til slutt er det styringsgruppen som godkjenner den endelige avgjørelsen om hvem som får anbudet, eventuelt hvordan prioriteringslisten skal være.

I siste etappe er det prosjektleder som har ansvaret for at det blir utarbeidet og sendt tildelingsbrev, ferdigstille kontrakt og sørge for at det blir signert avtale.

#### **4.4 Helse Nord RHF**

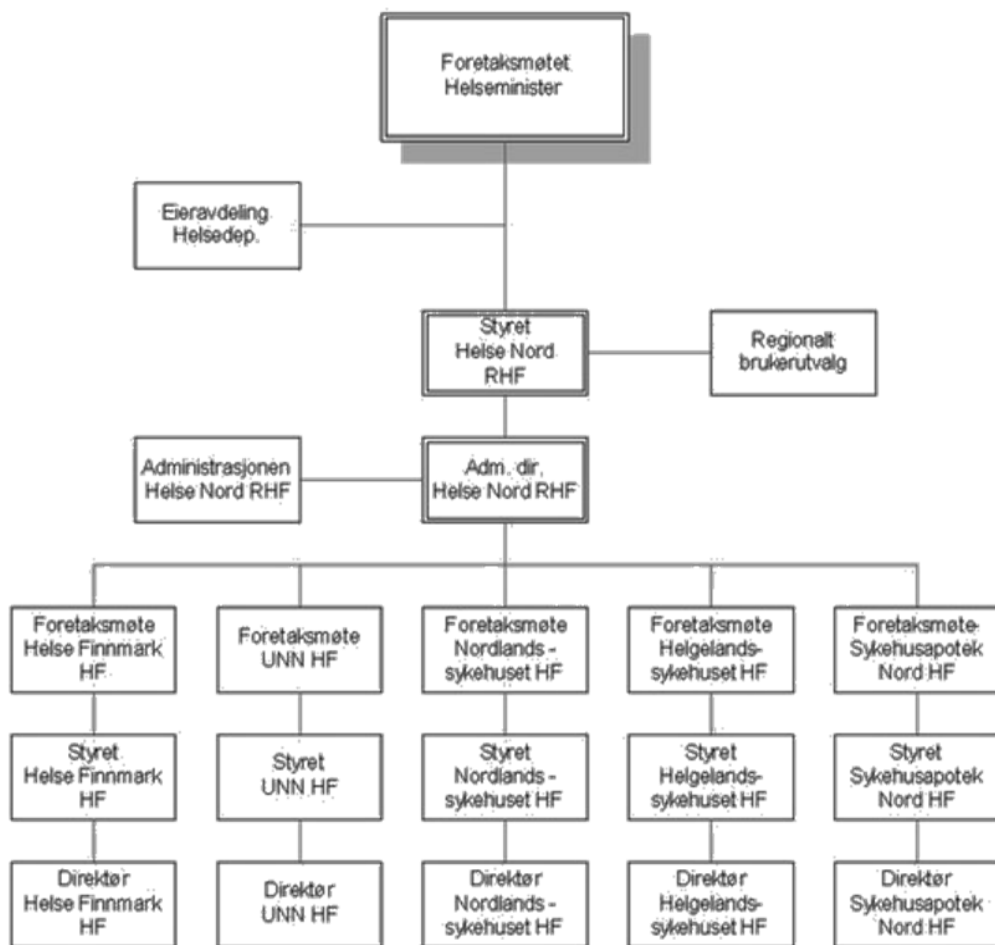
Helse Nord er ett av fire regionale helseforetak. De har ansvaret for spesialisthelsetjenester i Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard. Dette utgjør til sammen de fem helseforetakene Helse Finnmark, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Sykehusapotek Nord. Helseforetakene har hvert sitt styre og er selvstendige juridiske enheter. Administrasjonen befinner seg i Bodø, hvor det per i dag er 45 registrert ansatte (Helse Nord.no, 2011).

Siden 1. januar 2002 har Helse Nord vært eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Da overtok staten ansvaret for alle offentlige sykehus i Norge. Før den tid var fylkeskommunen ansvarlig for sykehusene. Helse Nord jobber på oppdragsdokument i fra Helse- og omsorgsdepartementet, hvor det hvert år klargjøres hvilke oppgaver de er pålagt å gjøre, hva som skal gjennomføres innenfor de rammer og mål som er satt, og innenfor de ressurser som er tildelt. I vedtektene til Helse Nord er deres hovedoppgaver nedfelt:

*“Helse Nord RHF skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet. Helse Nord RHF skal samordne virksomheten i de helseforetakene det eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse” (HelseNord.no, 2011).*

Dette organisasjonskartet illustrerer Helse Nord sin posisjon. De er underlagt helseministeren, og har ansvaret for de enkelte helseforetakene i Nord Norge.

Lars Vorland er administrerende direktør, og Bjørn Kaldhol er styreleder for Helse Nord. Vi har vært så heldige at vi har fått intervjuet dem begge.



Figur 5 Organisasjonskart (Kilde: Helse-Nord.no 2011)

#### **4.4.1 Ansvarsfordeling**

Øverst i systemet sitter styret for det regionale helseforetaket. Helseforetaksloven 2001 § 28 styrets oppgaver, fastsetter følgende:

*“Forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet. Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling”* (Handboka.no, 2011).

Videre sier Helseforetaksloven at en del av styrets tilsynsansvar er å føre tilsyn med foretakets virksomhet, og at det drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter (Helse Nord.no, 2011). Det er altså styrets oppgave å påse at Helse Nord har en betryggende og fungerende internkontroll.

I forhold til internkontroll er det daglig leder som er ansvarlig for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem, daglig leder er også ansvarlig for å holde styret orientert. Det er igjen styrets ansvar at internkontrollen blir fulgt opp i tilstrekkelig grad. Det er et krav om at styret må følge opp rapporter fra ulike tilsyn, som for eksempel intern eller ekstern revisjon har utarbeidet, i tillegg til eksplisitte krav til internkontroll.

Intern revisjonen har ansvar for å bistå styret og ledelsen med intern revisjon i det regionale helseforetaket. I arbeidsinstruksen for internrevisjonen i Helse Nord RHF, står det at internrevisjonen skal overvåke det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll (Helse Nord.no, 2011) Dette innebærer å se til og veilede styringen av internkontrollen. I forhold til anskaffelser innebærer dette at de skal se på tiltakene for en sikker anskaffelsesprosess, og eventuelt komme med anbefalinger om hvordan det kan gjøres bedre.

### **4.5 Internkontroll og risikostyring i Helse Nord**

Vi vil her se på internkontroll, men også fokusere på risikostyringen i Helse Nord, fordi den henger tett sammen med internkontrollen. Helse Nord ble pålagt å innføre risikostyring i 2008.

#### **4.5.1 Risikostyring**

Vi har fått inntrykk av at dette er et område som er blitt viet mer oppmerksomhet i Helse Nord i senere tid. Risikostyring i Helse Nord defineres som:

*“En prosess, integrert i mål- og resultatstyringen, gjennomført av virksomhetens styre, ledelse og ansatte, anvendt i fastsettelsen av strategi og på tvers av virksomheten, utformet for å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke virksomheten, og håndtere risiko slik at den er i samsvar med virksomhetens risikoappetitt, for å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse”*(Helse-Nord.no, 2011).

I styresak 41-2008/3 ble det orientert om i hvilken grad risikostyring og oppfølging av avvik var integrert i ledelse og styring i Helse Nord. På det tidspunktet var dette arbeidet ikke systematisert.

I styresak 109/2008 ble det behandlet en overordnet risikovurdering av Helse Nord's virksomhet på grunnlag av Helse Nord's strategiske overordnede målsettinger. På samme møte ble det lagt frem en oversikt over det styringsverktøy som benyttes i dag. Det ble også beskrevet en fremtidig tenkt prosess for etablering av et helhetlig system for risikostyring. Det resulterte i et dokument som senere fikk tittelen: “retningslinjer for risikostyring i Helse Nord” (Helse-Nord.no, 2009).

Videre her vil vi bruke dette dokumentet som kilde.

Tidlig i 2009 ble det etablert overordnede retningslinjer for hvordan man skulle organisere og gjennomføre risikostyringen i Helse Nord. I dokumentet hvor retningslinjene blir presenter står det blant annet at de er av den oppfatning at risikostyringen tydeliggjør sammenhengene mellom de målene foretakene i Helse Nord styrer etter, og risikoer som kan forhindre måloppnåelse og mulige tiltak. En etablert kultur for risikostyring samt bred medvirkning i arbeidet kan være med på å gi ledelsen færre overraskelser, og øke sannsynligheten for måloppnåelse i foretakene og foretaksgruppen.

Dokumentets målgruppe er Helse Nord RHF, underliggende helseforetak, Helse Nord IKT og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering), og det er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle foretakene i Helse Nord og noen ansatte. Dokumentet skal bidra til å sikre risikostyringen i Helse Nord. Sammen med de enkelte foretakenes internkontroll skal risikostyringen bidra til at alle aktiviteter i Helse Nord blir planlagt, utført og forbedret i samsvar med de krav som rette seg mot foretaksgruppen.

Risikostyringen i Helse Nord skal være en del av den styringen som allerede er etablert, men den skal også videreutvikles. På overordnet nivå vil det dreie seg om realisering av styringskrav og overordnede mål. Ute i organisasjonen vil risikostyring også dreie seg om å

sikre at daglige aktiviteter og produksjon gjennomføres innenfor et akseptabelt risikonivå. For eksempel at de som signerer på en innkjøpsavtale har attestasjonsfullmakt. Overordnet risikostyring skal gjenspeiles i den drift og de prioriteringer som skjer ute i virksomheten.

Forholdet mellom risikostyring og internkontroll blir i nevnte dokument beskrevet som følger: *“Internkontroll dreier seg om metoder og tiltak for å sikre at virksomheten når sine mål. Internkontrollen er dermed et sentralt element i risikostyringen, mens risikostyringskonsept i tillegg omfatter et strategisk, helhetlig perspektiv. Det innebærer bl.a. å ta stilling til virksomhetens strategiske mål og risikotoleranse, og å foreta en samlet vurdering av foretakets og foretaksgruppens risiko (”porteføljeperspektiv”).*

Holdninger til risiko og tilhørende toleransegrenser skal ledelsen definere. Det vil si at administrerende direktør i Helse Nord har ansvaret for å sette de overordnede målene for toleransegrenser, mens foretaksdirektørens ansvar vil dreie seg om å sette risikotoleransen for de foretaksspesifikke målene.

Krav om risikostyring: Gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet er Helse Nord RHF pålagt å sette i gang arbeid med risikostyring og risikokartlegging. Dette er blant annet nevnt i protokoll fra foretaksmøte 28.01.09. Helse Nord RHF har videre bedt helseforetakene om å se på sitt ansvar for risikostyring og internkontroll, fordi de er selvstendige juridiske enheter.

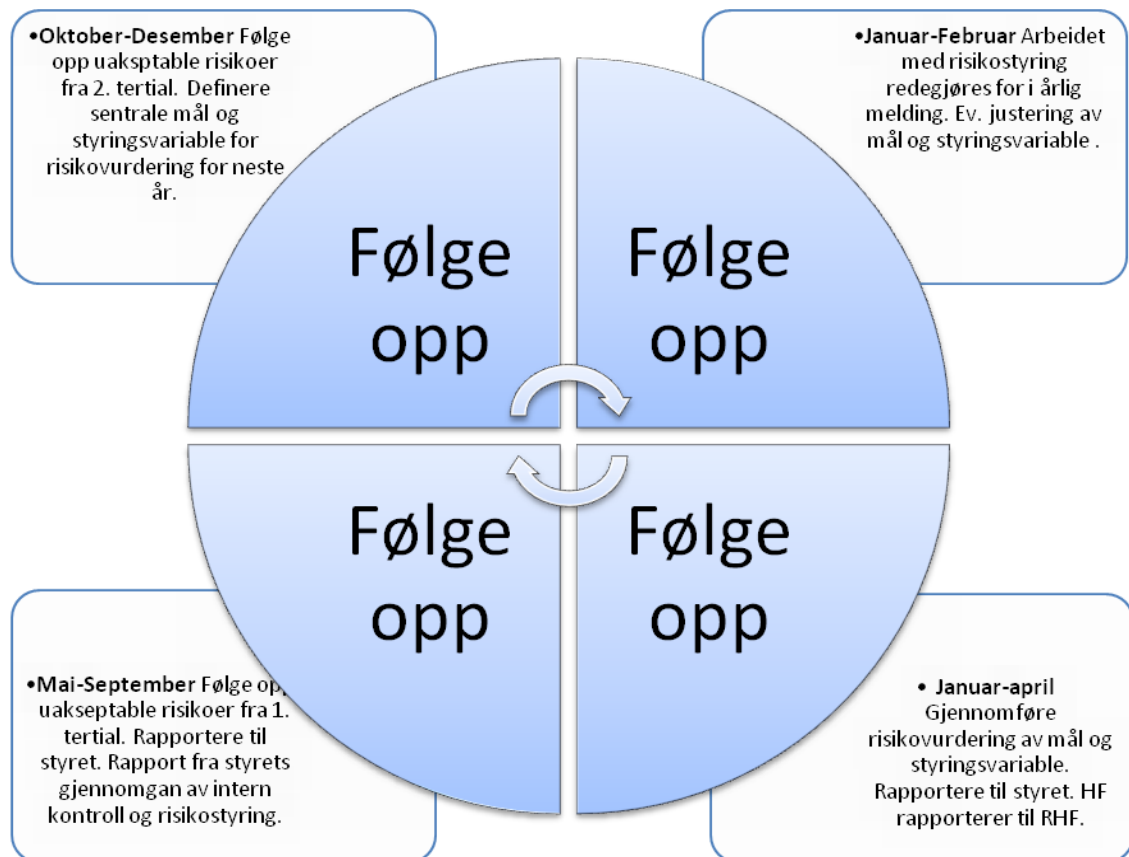
Styringsdokumentene slår fast at det er styret som skal sørge for at alle foretakene har god intern kontroll, og at det i tillegg er etablert system for risikostyring som skal forebygge, hindre og avdekke avvik. Risikofaktorer skal identifiseres, og korrigerende tiltak iverksettes. I tillegg til eierkravet er det flere lover og forskrifter som regulerer virksomhetsstyring i staten, som blant annet kommer med pålegg om at man skal etablere et internkontrollsystem.

Gjennomføring: For å få til en mest mulig integrering av risikostyring i mål- og resultatstyringen, er det et mål i seg selv at risikovurderingen gjøres samtidig med de ulike planleggingsprosessene. Risikostyringen skal brukes som et aktivt styringsredskap, og den overordnede risikostyringen skal følge en årssyklus.

Det foregår en årlig prosess som starter med at ledelsen definerer overordnede styringsmål, som skal ha fokus og følges spesielt opp resten av året. Administrerende direktør i Helse Nord RHF definerer flere av målene, og de er felles for hele foretaksgruppen. Foretaksledelsen definerer noen foretaksspesifikke mål.

I den grad det lar seg gjøre skal det til hvert mål velges ut 1-3 styringsvariabler som senere skal risikovurderes, for eksempel andel kontrakter som overskrider budsjetterte kostnader. Mål og styringsvariabler blir valgt på bakgrunn av tidligere erfaringer med måloppnåelse innenfor området, risikovurderinger man har foretatt eller signal man har mottatt fra departement eller styre. Avvik og forbedringsrapporter for eksempel utarbeidet av internrevisor kan også være grunnlag for målsettinger. Mål som i særlig grad skal følges opp velges ut i fra risikovurdering, risikotoleransetoleranse og viktighet.

Det er dette årshjulet som legges til grunn for årlig risikostyring:



Figur 6 Årshjul (Kilde: Helse-Nord.no, 2010)

Risikovurderinger av de overordnede styringsmålene for inneværende år skal rapporteres ved 1. tertial. Videre skal det ved 2. tertialrapportering følges særlig godt opp rundt de risikoene som man ved 1. tertial mente befant seg over akseptabelt risikonivå.



**Organisering:** det er ledelsen i hvert enkelt ledd som har det overordnede ansvaret for at risikovurderingen innenfor ansvarsområdet blir gjennomført og ivaretatt. På denne måten får man forankret risikovurderingen i ledelsen.

**Styret:** har ansvaret for at det finnes en god internkontroll i foretaket, og at systemer for risikostyring er etablert. De overnevnte tertialrapporteringene ligger også under styrets ansvar. Styrets ansvar for risikostyringen er kontinuerlig, og de avgjør selv om de ønsker å følge opp enkeltsaker utenom de fastlagte møtene. I praksis vil det si at de kan gjøre dette ved å følge opp at tilstrekkelig risikovurdering og akseptabelt risikonivå er gjennomført i de saker som styret kontinuerlig behandler.

**Foretaksdirektør:** har det overordnede ansvaret for at risikostyring og intern kontroll er etablert. Han skal se til at risikostyringen samsvarer med de retningslinjer som er fastsatt for Helse Nord. Han kan videre delegerer oppgaver og myndighet videre ned i organisasjonen, men vil uansett til slutt sitte med det helhetlige ansvaret for risikostyring i virksomheten. Direktøren skal også fastsette mål spesielt for foretaket, med tilhørende styringsvariabler. I tillegg skal han definere risikoholdning til hvert enkelt mål på bakgrunn av de føringer som blir lagt fra eier og styrets side. Det er foretaksdirektørs oppgave å rapportere jevnlig til styret.

**Andre ledere:** skal se til at risikovurdering og intern kontroll blir gjennomført innenfor deres ansvarsområder, og i samsvar med gjeldende retningslinjer. Som i direktørens tilfelle kan ansvaret delegeres til underordnet i linjeorganisasjonen med fagkompetanse på det aktuelle området. Uansett vil ansvaret for vurderinger som blir gjort ligge på lederen. Det er lederens ansvar å trekke inn den faglige kompetanse som han anser for nødvendig for å gjennomføre tilstrekkelig risikovurderinger.

**Prosjektledere:** har ansvaret for at de ulike prosjektene blir risikovurdert og at det gjennomføres kontrollaktiviteter fortløpende igjennom prosjektperioden.

**Ansatte:** skal i den grad de kan medvirke til at virksomhetens mål blir oppfylt, og de skal bidra til risikovurdering dersom dette etterspørres. De har også plikt til å melde i fra om avvik.

**Risikokoordinatorer:** skal tilrettelegge for at ledelsen på sine nivå skal kunne foreta risikovurderinger. De skal bistå ledere med kunnskap, men ikke foreta selve risikovurderingen.

**Internrevisor:** har en kontrollerende og rådgivende rolle knyttet til internkontroll.

Vedkommende rapporterer videre til styret/revisjonskomiteen og administrerende direktør.

Det er av vesentlig betydning at internrevisor forholder seg uavhengig og objektivt kommer med innspill og råd i forhold til den interne kontrollen i de ulike foretakene.

#### **4.6 Mal for risikostyring i Helse Nord**

Det skal benyttes en mal ved vurdering av risiko i foretaksgruppen. Malen er utarbeidet med utgangspunkt i Senter for statlig økonomistyring (SSØ) sitt metodedokument: *“Risikostyring i staten – håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen”* med tilhørende veileder: *“Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter.”*

Det er her snakk om en trinnvis prosess som omfatter følgende trinn:

1. **Identifisering av mål** som legges til grunn for risikovurderingen. De skal formulere et ønsket resultat eller tilstand. Det etableres 1-3 styringsvariabler til hvert enkelt mål.
2. **Identifisering av kritiske suksessfaktorer** hvor man kartlegger hvilke forhold som er avgjørende for å lykkes med måloppnåelsen. Det formuleres 4-6 kritiske suksessfaktorer per mål.
3. **Identifisering av risiko** med utgangspunkt i kritiske suksessfaktorer.
4. **Beskrivelse av nå-situasjon**, en oppsummering som redegjør for allerede iverksatte tiltak i forhold til den risiko det er snakk om.
5. **Vurdere og prioritere risiko**, ved å ta hensyn til de tiltak man allerede har etablert. Man vurderer videre sannsynligheten for at risiko vil opptre, og påfølgende konsekvenser for måloppnåelsen. Det benyttes skalaer for sannsynlighet og konsekvens, og risikoen blir deretter plottet inn i en risikomatrise. Man prioriterer hvilken risiko som man må sette i verk tiltak og følge opp, og hvilken risiko man kan akseptere og innfinne seg med.
6. **Tiltak og kontrollaktiviteter**. Man må finne ut om det er sannsynlighet eller konsekvens man ønsker å redusere. Det vil være ønskelig at man prioriterer de tiltak som er minst ressurskrevende, enkle å gjennomføre og som gir god effekt på risikobildet. Til slutt pekes det ut tiltaksansvarlig som skal følge opp og rapportere til risikoeier. Oppfølgingen skjer ved hjelp av ulike kontrollaktiviteter. For eksempel evalueringer, stikkprøver og lignende.

7. **Oppsummering og konklusjon.** For hvert enkelt mål som har blitt risikovurdert, skal resultatet av den vurderingsprosess som har funnet sted oppsummeres i en skjematisk tabell.

### **Risikostyring 2011**

I styresak 141-2010/3 orienterer styret om målene som blir lagt til grunn for risikostyring i 2011 i Helse Nord.

Vi vil her benytte som kilde styresak 31-2009.

I tråd med årshjulet for risikostyring har administrerende direktør satt overordnede mål for dette året. Det er snakk om 3 hovedmål, hvor hovedmål nummer 2 og 3 berører vår problemstilling.

**Hovedmål 2** lyder som følger: *“Internkontrollen skal være tilstrekkelig dokumentert i henhold til § 5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester”*.

Delmål/kritiske suksessfaktorer til dette hovedmålet er: *“Dokumentasjon av rutiner og prosedyrer skal være innholdsmessig sikret og oppdatert,”* og *“Økt bruk av DocMap blant ansatte og ledere.”* Videre står det at: *“Trygghet for at internkontrollen i Helse Nord er godt dokumentert og tilgjengelig for bruk er viktig for å opprettholde pasientsikkerheten og tilliten til helsetjenestene. Det er derfor vurdert å ha en sentral rolle i 2011.”*

**Hovedmål 3:** *“Oppnå et økonomisk resultat i tråd med budsjett.”*

Delmål/Kritiske suksessfaktorer til hovedmålet er: *“Aktivitetsnivået må styres for å oppnå budsjettert resultat,”* og *“Innholdet i aktiviteten skal innrettes mot prioriterte områder.”*

Følgende er tilføyd som undertekst: *“Helse Nord står foran en rekke større investeringer, blant annet i medisinteknisk utstyr og sykehusbygg. For å kunne bære disse investeringene er Helse Nord avhengige av å ha et driftsnivå på linje med budsjettet. Dersom Helse Nord ikke klarer å nå de økonomiske resultatmålene, vil investeringer måtte utsettes.”*

## 4.7 Internkontroll definert ut i fra økonomiregelverket

Alle aktiviteter i statlige forvaltningsorganer omfattes av Økonomiregelverket. Dette regelverket finner man krav til regulering av internkontroll generelt og regler som er spesielt knyttet til innkjøp. I internkontroll – reglementet § 14 står det:

*“Alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygd internkontroll for å sikre at:*

- *Beløpsmessige rammer ikke overskrides og at forutsatte rammer kommer inn.*
- *Måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav, og at eventuelle vesentlige avvik forebygges, avdekkes og korrigeres i nødvendig utstrekning.*
- *Ressursbruken er effektiv*
- *Regnskap og informasjon om resultater er pålitelig og nøyaktig*
- *Virksomhetens verdier, herunder fast eiendom, materiell, utstyr, verdipapirer og andre økonomiske verdier, forvaltes på en forsvarlig måte*
- *Økonomistyringen er organisert på en forsvarlig måte og utføres i samsvar med gjeldende lover og regler*
- *Misligheter og økonomisk kriminalitet forebygges og avdekkes”*

I § 2.4 står det: *”Alle virksomheter skal etablere intern kontroll. Virksomhetens ledelse har ansvar for å påse at den interne kontrollen er tilpasset risiko og vesentlighet, at den fungerer på en tilfredsstillende måte og at det kan dokumenteres. Intern kontroll skal primært være innebygd i virksomhetens interne styring”* (regjeringen.no, 2009).

Internkontroll kan benyttes som et virkemiddel for å skjerpe etterlevelsen av regelverket om offentlige innkjøp, forvalte ressurser på en god måte, forebygge korrupsjon og brudd på regelverket om offentlige innkjøp. Innkjøp utgjør en viktig del av flere prosesser i en virksomhet. Det er derfor av stor betydning at man har god kontroll og styring. Gjennom intern kontroll kan brudd på gjeldende regelverk og manglende oppfølging av inngåtte kontrakter avdekkes. Dette kan i neste omgang gi nyttig informasjon til ledelsen i forhold til om man trenger og iverksettelse forbedringstiltak. Det er ledelsen som skal påse at internkontrollen er tilpasset risiko og vesentlighet, at den fungerer tilfredsstillende og kan dokumenteres. Det er ønskelig at internkontrollen er innebygd i virksomhetens interne styring. (anskaffelser.no, 2009).

## **5. UTFORDRINGER TILKNYTTET OFFENTLIGE ANSKAFFELSER OG INTERNKONTROLL I HELSE NORD**

I dette kapittelet vil vi legge frem de utfordringer Helse Nord står ovenfor i forhold til sin internkontroll. Her tar vi utgangspunkt i COSO-rapportens inndeling av komponenter for internkontroll, når vi presenterer de data vi har samlet inn gjennom intervju. I tillegg vil vi benytte oss av data fra en ekstern revisjonsrapport som Deloitte har utarbeidet i samarbeid med Helse Nord. Prosjektet har fått navnet: ”Etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser i foretaksgruppen”. Revisjonen omfatter fire av foretakene i regionen; Helse Nord IKT, Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Nord RHF (Helse-Nord.no, 2010). Videre vil vi under hver enkelt interkontroll komponent presentere tilhørende utfordringer.

### **5.1 Kontrollmiljøet**

Det vi her ønsker å fokusere på er organiseringen av Helse Nord, kompetansen i forbindelse med anskaffelsesprosessene, holdninger og ulike roller og ansvar. Det er fordi vi har oppfattet det slik at Helse Nord innenfor disse områdene i kontrollmiljøet står overfor mest utfordringer.

#### **5.1.1 Utfordringer forbundet med organisering av virksomheten**

Det oppfattes som utfordrende at Helse Nord ikke er en virksomhet. I prinsippet er det et konsern, men det har en enda mer komplisert struktur enn i et tradisjonelt konsern. Foretakene er selvstendige juridiske enheter, og dermed finner man ingen form for gjennomgående styring. Som eksempel kan nevnes at hvis direktøren i Helse Nord, som er konsernspissen i morselskapet, skal gi ordre/instruere ned til foretakene, så må han gå veien via et foretaksmøte, som igjen er en form for generalforsamling. I praksis fungerer det som oftest enklere, fordi signalene som kommer i fra RHFet vanligvis oppfattes som ok. Dermed blir de fulgt. Men direktøren har altså ingen instruksmyndighet eller instruksjonsmyndighet overfor de enkelte foretakene. Det er ute i foretakene at virksomheten skjer.

Innkjøp i Helse Nord ligger utenfor de aktivitetene som man driver med til vanlig når man ”skjærer i folk og opererer”. På samme tid er det en enorm aktivitet. Anskaffelsene beskrives av informanten som en kolossalt omfattende og kostnadskrevende del av det man driver med. Så det er opplagt at det kommer inn under de helt sentrale feltene, og sånn sett er det ikke en støttefunksjon, men en aktivitet som ligger på siden av kjerneaktiviteten.

### 5.1.2 Mangel på kompetanse

En annen informant sier at Helse Nord hadde vært et fylkeskommunalt system som egentlig ikke hadde hatt virksomhetsstyring i det hele tatt. Ingen i systemet kunne noe om regnskapsloven og hvordan regnskap skulle føres. Vi antar at dette muligens var en medvirkende årsak til at Helse Nord i flere år gikk med underskudd. Det ble brukt flere år på å lære opp de som jobbet med regnskap. Men i de siste årene har man begynt å få ting mer på plass, og ting har begynt å fungere.

Det blir også meddelt at det er mangel på ressurser, og et økende behov for kompetanseheving. Det finnes nesten ikke en innkjøper i dag som har erfaring fra offentlige innkjøp. Selv i de mest sentrale delene av landet er det nesten umulig å få tak i. Kravene er skjerpet, og konsekvensene av å bryte regelverket er skjerpet. Så det offentlige har større og større fokus på dette. Man kan finne folk med erfaring fra for eksempel prosjektledelse som også er viktig for innkjøp, fordi større innkjøp er prosjekter. Kompetansen på selve regelverket er mangelfull, og krever enormt mye opplæring. Man må da bruke folk med erfaring for å lære opp nyansatte, og på den måten brukes de ressursene man allerede besitter på å lære opp nye medarbeidere. En rekke konsulentselskaper kjører kurs i offentlige anskaffelser i tillegg til NIMA. Men man lærer kun det helt grunnleggende. Den største erfaringen får man ved å praktisere i arbeidslivet. Her møter man ofte helt andre erfaringer enn det man har lært om på kurs. Fordi det stadig er endringer i regelverk og forskrifter bør man sørge for å ha en jevnlig kompetanseheving blant innkjøperne.

Ekstern informant mener også at Helse Nord besitter for dårlig kompetanse på de formelle kravene som ligger i anbudsprosessen. De vet ikke hva som ligger innenfor og utenfor det de krever. Ellers har RHF'et mangel på fagfolk innen helse gjennom hele innkjøpsprosessen. De har fagfolk som er med på å sette kravene, men de er ikke med i den videre vurderingen eller avgjørelsen om hvem de skal kjøpe tjenester fra. Det er også en mangel at det ikke er noen brukerrepresentasjon i prosessen. Det blir vanskelig å vite hva brukerne trenger eller ønsker ved utforming av krav hvis de i det hele tatt ikke er involvert.

Ekstern revisjonsrapport om kompetanse og regeletterlevelse: Regeletterlevelse og kompetanse om anskaffelsesregelverket: Mange ansatte med ansvar for innkjøp/anskaffelser har, eller mener selv å ha, mangelfull kompetanse på området.

Det ble valgt ut noen anskaffelser for å avdekke om kompetansen er god nok, og for å se om regelverket for offentlige anskaffelser etterleves, sa en informant. Disse testene viste klare

brudd på lov og forskrift om offentlige anskaffelser i alle de fire foretakene. Det er spesielt på områdene dokumentasjon og etterprøvnbarhet man finner mangler. For flere av anskaffelsene kunne man ikke legge frem dokumentasjon på anskaffelsesprosessen, eller det viste seg at fremlagt dokumentasjon var mangelfull.

Det ble også i alle 4 foretak funnet brudd på følgende sentrale lov- og forskriftskrav:

- Konkurranseskjønning: Det er blitt foretatt direkte anskaffelser eller kjøp som man ikke finner gyldig avtale på, eller man har ikke gjennomført minikonkurranse når det har oppstått parallelle rammeavtaler.
- Føringsprotokoll: For anskaffelser over 100.000 skal det føres protokoll. Det ble ved alle foretakene funnet tilfeller hvor protokoll ikke var ført, eller protokollføringen var mangelfull.

### **5.1.3 Holdninger til endring av rutiner**

En av informantene uttalte at for noen år siden var det slik at om vedkommende kom med innspill i forhold til å innføre felles rutiner for foretakene, så var de minste foretakene positivt innstilt til det, fordi man relativt sett ville spare mye ressurser. De større foretakene var ikke like positivt innstilt. De følte at de hadde kontroll over disse tingene selv, og ønsket mer egenstyring. For å forstå dette bedre må man se på historikken som ligger bak. Det er knapt ti år siden fylkeskommunen eide foretakene. Da var hvert sykehus en selvstendig enhet. De hadde for eksempel etablert hver sine IT-systemer, og de hadde hver sine sjefer som fortsatt ville være sjef. I tillegg har man erfart at om et sykehus blir tatt for å ha gjort noe feil, så er det fort gjort at de andre sykehusene tenker at ”hadde vi hatt de samme rutinene hos oss, hadde vi fått samme kritikk”. Da er det ikke bare enkelt å skulle harmonisere ting.

Da regelverket for offentlige anskaffelser kom, fokuserte man på å kjøre anbud og overholde regelverket. Nå er det blitt slik at man tenker mer forretning når man foretar anskaffelser, men igjen innenfor rammene av regelverket. Det vil si at det å få en god pris er blitt viktigere. Men det er fortsatt ikke alle avtaler som blir inngått som er gode økonomiske avtaler. Fokuset har helt klart vært størst på å overholde regelverket. Derfor anser man i følge informanten dette for å være et område man kan bli bedre på.

Internrevisjonen ble for noen år siden bedt om å gå inn og se på sammenhengen mellom fullmakt og ansvar (dette forklares nærmere under punkt 5.3 ansvarsfordeling). ”*Rapporten var ikke bare hyggelig lesning,*” uttalte en informant. Det hadde eksistert en gammel kultur.

Den var ikke oppegående på god virksomhetsstyring, det fantes ikke i systemet uttalte en annen av informantene. Dette har blitt suksessivt bedre år for år.

Ekstern informant sier at RHF'et har et udefinert bestiller/utfører forhold. For eksempel når de kjøper tjenester fra fysioterapiavdelingen på Nordlandssykehuset, så medfører det at de kan bruke midlene til å bygge ut sykehuset. Det vil si at de bestiller sine egne tjenester. Det vil ikke gi en rettferdig prosess når det kommer til salg av helsetjenester. De har da muligheten til å styre pasienten til egen gest, økonomisk sett.

Ekstern revisjonsrapport om etikk, misligheter: Alle de fire foretakene manglet rutiner for varsling. I sykehusene var det dårlig kjennskap til de etiske retningslinjene.

## **5.2 Risikovurdering**

Her gjør vi rede for de data vi har samlet inn, som berører identifisering og analyse av risiko.

### **5.2.1 Identifisering og analyse av risiko**

I forhold til anskaffelser gjøres det ulike former for vurderinger knyttet til risiko. Dette følger ikke et fast mønster eller systematikk, men det gjøres ulike vurderinger av hvilken risiko som er knyttet til ulike anskaffelser. Planleggingsfasen er veldig viktig. Først kartlegger man markedet man opererer i, hvordan det fungerer, hvilke leverandører som finnes der og om det er en kontrakt som har stor eller liten betydning for de som konkurrerer og lignende. Deretter etablerer man strategier knyttet til dette, samt helt konkret hvordan man skal gå ut med forespørsler. Man vurderer om man skal dele det opp geografisk, eller om det for eksempel er et produktområde med stor mengde artikler og varer. Så må man stille seg spørsmålet om det er hensiktsmessig å dele dette opp igjen, slik at man kan avgrense det til en mengde produkter, slik at leverandører får anledning til å gi tilbud på en viss mengde produkter oppstykket, eller alt under ett. Slike vurderinger må man foreta kontinuerlig. Det er ikke alltid at samordning av volum gir besparelser som myten sier. Ved stor samordning av volum kan man miste konkurransen fordi det finnes leverandører som ikke har muligheten til å levere så store volum. Kontrakten blir så stor at det bare er noen få leverandører som har muligheten til å delta i en slik konkurranse. I tillegg gir høyt volum ofte lav pris, men man må ikke glemme at leverandørene har en grense. Det vil si at inntil et visst volum kan man gi en lavere pris, men et høyere volum enn dette gir ikke lavere pris. Derfor må man hele tiden vurdere om man agerer på en slik måte at man sikrer konkurranse, som først og fremst er viktig for å sikre gode betingelser uttalte en av informantene. Så avhengig av type anskaffelse så foretar man ulike vurderinger til hvordan konkurransen bør legges opp.



En anskaffelse kan være krevende også fordi det er veldig lett å klage til Kofa (klageorgan for offentlige anskaffelser). Gebyret er på bare 800 kroner, og hvem som helst kan klage. Det man gjerne ser i etterkant av en klageprosess er at det blir en meget formell prosess med fokus på saksbehandlingsfeil. Derfor bør man sikre seg at man har kvalitetssikret konkurransegrunnlaget godt. Det er ikke et mål å unngå Kofa saker, fordi da er man overforsiktige. Målet er ikke å gjøre vesentlige feil, sa informantene.

I forhold til anskaffelsesprosesser er det av vesentlig betydning og ha gode kravspesifikasjoner, og at man er tydelig på hva man skal bestille, slik at man også oppnår riktig kvalitet, eller i alle fall en definert kvalitet. Vektingen mellom kvalitet og pris i uttrykkes som svært utfordrende av flere av informantene. For eksempel balansegangen mellom det som er pris ønskelig og medisinsk ønskelig. Fagfolkene vil ha de produkter de mener er de beste. For eksempel proteser for hofteldd og kneledd. Det er forståelig, men ofte svært kostbart. Det man eventuelt sparer på å velge noe billigere kan brukes på andre ting, for eksempel på å utvikle helsetjenester. Ideelt sett... På medisinske tjenester vektet kvalitet stort sett tyngre enn pris.

Det å utarbeide anbud er ytterst krevende, og tar mye tid. Derfor foretas det alltid en sjekk av advokater, både før man går ut med kravspesifikasjonene og når anbudene kommer inn. Det foretas store anskaffelser, og man har styrket staben med 4-5 advokater for å forsikre seg om at anbudsprosessene skal foregå på en mest mulig korrekt måte.

Ekstern informant sier: Helse-Nord RHF har en svakhet ved at de ikke definerer kravene grundig nok før en anbudsprosess. Dette med spesifikke krav som tilbyderne skal forholde seg til er altså en mangel. Vedkommende hevder også at det virker som om RHF'et har bestemt seg for hvem de skal kjøpe tjenester hos før selve anbudsprosessen. I flere tilfeller har man opplevd at RHF'et har endret kravene, eller lager nye etter at anbudene er kommet inn. Dette kan falles sammen med at de er uspesifisert i kravene de setter. De sjonglerer for mye gjennom prosessen, og den oppfattes som uryddig.

## **5.3 Kontrollaktiviteter**

Kontrollaktivitetene skal sikre at vedtak fattet i foranliggende risikovurdering gjennomføres. Derfor ønsker vi å se nærmere på de utfordringene som er oppstått i tilknytning til rutiner, tiltak og ansvarsfordeling.

### **5.3.1 Utfordringer tilknyttet rutiner**

Helse Nord består som tidligere nevnt av seks foretak. Man har en god del felles rutiner som er utviklet i fellesskap, men de må alle etablere eget internkontroll, og egne rutiner for de forskjellige aktiviteter og prosesser. Dermed kan man ikke si at i Helse Nord er internkontrollen felles for alle foretakene, den vil variere. Det oppleves som meget utfordrende å skulle etablere felles rutiner på de fleste områder.

Helse og sosial departementet forlangte at det skulle etableres internrevisjon i foretakene i 2005/2006. Det ble aldri sagt noe om hvordan man skulle bemanne. Det tok tid før man fant gode rutiner. Internrevisor måtte finne ut hva han trodde og ønsket i forhold til dette. Han hadde det høvelig klart, men for hele systemet var dette nytt. Det medførte at det tok tid før både foretakene, styret og administrasjonen forholdt seg til det slik han mente de burde. Internrevisjon representerte på det tidspunkt en slags fremmed fugl som de ikke visste helt hvordan de skulle forholde seg til. Men i dag skal det være gode rutiner på dette.

Vi ble meddelt at det gjenstår arbeid med å få internkontrollsystemet godt nok. For eksempel når det kommer til det å motta avviksmeldinger, å få et system for dette. Det finnes et kvalitetssystem i Helse Nord som ble rullet ut i 2006, men det avvikssystemet er tungvint å bruke. Informanten vet om andre avvikssystemer som er lettere å bruke, enn det Helse Nord har kjøpt inn. Når det gjelder dette med vedlikehold av kvalitetssystemene, skal alle prosedyrer legges inn. De har brukt ti tusener på det systemet de allerede har. Det er snakk om store summer, og det er voldsomt tidkrevende. Informanten kom selv fra en avdeling hvor de hadde over tusen prosedyrer. Alt var lagt inn og skulle vedlikeholdes. Systemene vedlikeholdes på avdelingsnivå. Til syvende og sist henger alt i hop, og det er ikke alltid like enkelt å få det til å henge sammen. Inn under Helse Nord finnes for eksempel 11 indremedisinske avdelinger. Dermed burde man ideelt sett hatt en prosedyre for samme lidelse. Men hvem skal bestemme det når man har 11 overleger som vil ha ting på hver sin måte? Så enten må man bli enig, eller så må man skjære igjennom og si at det blir sånn. Men hvem har da ansvaret hvis det skjer noe? Om noen skal skjære igjennom må det være administrerende direktør, og han kan ikke ta ansvar for det en kirurg gjør, fordi han ikke er kirurg. Så ting er ganske komplisert.

I forhold til lønssystemet møter de også utfordringer. De skal få et nytt system, og alt rundt lønn må standardiseres. Men samtidig skal alt organiseres lokalt. Da må man på en måte kjøre det som et helt konsern, og Helse Nord er jo ikke et konsern. De representerer mor og datter. Men noen ting kjøres som et konsern likevel. Det samme er gjort med it. Alle har felles data. De kan instruere, men da får man forskyvninger i ansvarsfordelingen som ikke passer med de juridiske enhetene.

Ekstern revisjonsrapport i forhold til systemer og rutiner: Det ble konstatert bedre behov for arkivering ved alle foretakene.

Det viste seg at ved flere av foretakene var viktige utarbeidede/vedtatte rutiner lite kjent blant de ansatte.

### **5.3.2 Tilsyn fra internrevisjon**

Internrevisjonen i helse Nord RHF består av 2 personer. I et system som bruker 10-12 milliarder i året, og har 12000 ansatte sier det seg selv at de har ikke mulighet til og fotfølge alt som foregår. Flere informanter bekrefter at det er begrenset med kapasitet på dette apparatet.

Internrevisjon går ikke rundt og har kontinuerlig oversikt over hverken rutiner eller rutineendringer osv, men prøver å holde seg så godt orientert som mulig. Derfor går de inn og foretar undersøkelser og skriver rapporter på funn som for eksempel en rapport som gikk på “mislighetsrisiko knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold.”

En annen informant sa at når de går inn i prosjekter har de ingen mal eller prinsipp for at de skal se etter det ene eller andre, fordi prosjektene kan svinge fra rene HR, altså mot personalområdet til inn i kjernen av helsetjenester, eller offentlige anskaffelse osv. Da går de inn og definerer ”scopet” hver gang. Når det gjelder offentlige anskaffelser er man opptatt av å se på at man følger de grunnleggende prinsipper som er beskrevet i lover og forskrifter. Noen krav er konkrete og lette og følge opp. Men så har man de mer diffuse målene som kvalitetsmål, de er ikke målbare og vanskelige å revidere. Generelt sett i forhold til offentlige anskaffelser så er lov og forskriftsverket meget komplekst. Det er noe av det mest kompliserte lovverket de forholder seg til i det daglige, og det gjør at man har lett for å bare se regelverket, og glemme det aller viktigste; å gjennomføre gode innkjøp.

En av informantene sa at kvalitetssikring og internkontrollen har ikke vært god nok i Helse Nord. Det kom tydelig frem blant annet da kirurgisaken ved Nordlandssykehuset ble rullet

opp for over ett år siden. Kirurgene brøt med spesialisthelsetjenesteloven, ved å planlegge og utførte en rekke kreft operasjoner de ikke var klarert for i tidsperioden 2004-2010. Allerede i 2004 ble det besluttet at noen former for kreftkirurgi skulle utføres ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Nordlandssykehuset skulle i utgangspunktet sørge for at funksjonsoppdelingen ble satt i verk og implementert i foretaket, men dette ble ikke fulgt opp. Forholdene ble avslørt ved en tilsynssak (Helsetilsynet.no, 2011). I følge en av informantene var det den gang var verktøyet slik at man gikk gjennom det kirurgene hadde utført av inngrep året etter, altså historiske data. Funksjonsfordelingen er nå annerledes. Det fanges opp av data, og gjør de noe i forhold til diagnoser de ikke er klarert for kommer det opp et varslingslys. Da kan man se hvordan funksjonsfordelingen er, og legge inn hver enkelt diagnose som ikke skulle vært gjort. Dette er et møysommelig arbeid som tar tid. Legger man inn for mye kan man få falske meldinger, og blir det for mange av dem mister man interessen. Men det ser ut til at det går i orden.

Internrevisjon har gått igjennom internkontrollsystemet ved administrasjonen i Bodø. Det fungerer ikke optimalt, og de har gitt seg selv frist til sommerferien 2011 om at det da skal være i oppe og gå.

### **5.3.3 utfordringer i forbindelse med ansvarsfordeling i organisasjonen**

Alle helseregionene har meldt seg på etisk handel. Men de er nødt til å påse at det ikke forekommer for eksempel barnarbeid. Det er svært ressurskrevende. Det er et spørsmål om hvor langt man skal gå, hvor langt skal man sjekke? De kan ikke ha folk som reiser rundt i verden. Omtrent alt medisinsk utstyr som kjøpes inn produseres i utlandet. Det blir umulig å sjekke alt.

En av informantene nevner at man kan bli bedre til å lage prosjektplaner med tilhørende fremdriftsplaner, og fordele hvem som tar ansvar for hva. Ting tar tid. Det er viktig å være klar på hvem som har ansvar for de ulike delene, tidlig sikre ansvarsfordelingen for å forhindre dobbeltarbeid, og unngå at det blir for mye unødig ressursbruk på det.

I de 3-5 siste årene har man gjennomført en intens opprydding i fullmaktsystemer, som det å forsøke å få sammenheng i fullmakt og ansvar. Det hadde vært kaos i bransjen i flere år. Hvem som hadde fullmakt og ansvar hang ikke sammen. Folk i organisasjonen kunne for eksempel hente en ekstrahjelp eller vikarer, mens de ansvarlige for økonomistyringen satt lenger opp intetanende om hva som foregikk. Det har vært avgjørende å få orden på økonomisystemet. De som skal ha en fullmakt skal også ha et ansvar knyttet til denne

fullmakten. Helt konkret går det på hvem som har attestasjonsmyndighet, som attesterer på det man har bedt om, det man har kjøpt og betalt for, og hvem som har anvisningsmyndighet. Det skal ikke gjøres av samme person. Det må være en som attesterer og en som har anvisningsmyndighet som ser til at det ikke blir kjøpt noe som ikke skal kjøpes.

Fra ekstern revisjonsrapport: Når det gjelder organisering av innkjøpsfunksjonen har flere av respondentene i de to sykehusene kommenterte at organiseringen er for byråkratisk, og at en del av anskaffelsene tar for lang tid.

Ved RHF'et kunne man konstantere at det var utfordringer knyttet til samhandling og fordeling/definering av ansvar og fullmakter i anskaffelsesarbeidet.

#### **5.4 Informasjon og kommunikasjon**

Her presenter vi den informasjon vi sitter på som berører utfordringer tilknyttet informasjon og kommunikasjon i Helse Nord.

I forhold til anskaffelser og kommunikasjon forteller en av informantene at de har møtt utfordringer. Før kontrakten er signert er man litt bundet i forhold til hva man kan gå ut med. Der har Helse Nord forbedringspotensial, og det er nødvendigvis ikke bare i forhold til offentlige anskaffelser, men også konsekvenser i forhold til resultatet av anskaffelsen som er problematisk å akseptere for en del. Forbedringspotensialet her tror vedkommende ligger i å lage en kommunikasjonsplan i forhold til når man skal kommunisere når man skal gå ut og kjøpe, og mer offentlig informasjon om hva som skjer underveis. Det å ha en strategi for å kunne orientere uten å gjøre ting du ikke kan gjøre i en anskaffelsesprosess, det handler da for eksempel om likebehandling av tilbydere som er viktig i enhver anskaffelse. De kan bli bedre på å formidle fakta.

RHF'et er noen ganger uenige med foretakene i forhold til hva man skal svare for i det offentlige rom. Der er RHF'et mer på hugget enn foretakene. Foretakene opptrer mer på den måten at hvis de ikke uttaler seg så dør det bort. Administrasjonen mener altså at de burde vært mer aktive. At de i de minste kunne sagt i fra om hvorfor de eventuelt var uenige i en sak.

Fordi Helse Nord har en komplisert struktur, byr kommunikasjonen til tider på utfordringer. Organiseringen er god om man samarbeider. Folk etterser mye av det som skjer i Helse Nord, og lyset rettes da mot direktørens stilling. Så må han ta til ordet, og ofte på grunnlag av foretakene. De sitter oftere nærmere sine ansatte enn det han gjør. Da er det lettere at han tar

opp det som oppfattes som vanskelig enn om de gjør det. Fordi han er fjernere fra de ansatte. Da blir det løftet opp et nivå, og det blir sagt at dette er gjort for ofte. Men det har vist seg å fungere godt, fordi man da beskytter administrasjonen ute i foretakene. Direktøren har blitt vant til at skyteskivene går av ved han, sa informanten. Ellers hender det at det er ting administrasjonen ute i foretakene helt klart selv skulle tatt seg av selv, men som kan sette sykehusene opp mot hverandre internt, og det er vanskelig. Da er det bedre at RHF'et tar seg av det. Men det krever at de ikke går i ryggen på de som røver å ordne opp. Det finner man seg ikke i. Hvis man prøver å beskytte dem, så må de ikke si seg uenige.

## **5.5 Oppfølging av anskaffelser og internkontroll**

Oppfølgingen av forannevnte komponenter skal bidra til å vurdere hvordan internkontroll systemet fungerer over tid.

I forhold til at internrevisjonen utarbeider rapporter og kommer med forslag til forbedringer på ulike områder, har de mange ganger også tenkt på å gå inn i et prosjekt, for så å følge det fra a til å. Da kunne man fått bedre innsikt, og sett om ting ble håndtert på en hensiktsmessig måte. Det har de hittil ikke gjort. I og med at de bare er to ansatte, er det ikke så mye ressurser å ta av.

Ekstern revisjonsrapport om oppfølging og etterlevelse av avtaler: I noen av foretakene er det mangelfull oppfølging av inngåtte avtaler, blant annet knyttet til å holde oversikt over når de enkelte avtalene utløper.

Mange ansatte i flere av foretakene har mangelfulle kunnskaper om rammeavtaler som er inngått, og som faktisk er relevant for deres eget arbeid med anskaffelser.

Kort oppsummert har Deloitte uttalt at det ser ut til at det har vært godt jobbet med både organisering, kompetanse og rutiner på anskaffelsesområdet i de siste årene. Likevel er det uheldig at man har avdekket svakheter i rutiner og kontrollopplegg, og at det har forekommet brudd på bestemmelsene i lov og forskrift på offentlige anskaffelser (Helse-Nord.no, 2010).

## 6. ANALYSE

I denne delen av oppgaven vil vi analysere de mest fremtredende data som er nevnt i foregående kapittel. Vi ønsker å se på internkontrollen i Helse Nord, og sette den opp i mot prinsipal agentteori og institusjonell teori. Agentteorien fokuserer på styringen innad i Helse Nord og institusjonell teori retter fokuset mot organisasjonen og hvordan den tilpasser seg omgivelsene (Busch et al., 2010). Til slutt vil vi se på utfordringer knyttet til internkontroll og anskaffelser i Helse Nord og sammenligne de med funn som gjengis rundt samme tema i to rapporter utgitt av senter for statlig økonomistyring og riksrevisjonen.

### 6.1 Ulike perspektiver på utfordringer tilknyttet offentlige anskaffelser i Helse Nord

#### 6.1.1 Agentteori

Her vil vi ta for oss noen av de utfordringene Helse Nord står overfor, og se hvordan styringen innad i Helse Nord er i forhold til disse, i lys av agentteorien.

Som nevnt i forrige kapittel sier de fleste informantene at de møter utfordringer grunnet for eksempel organiseringen av Helse Nord som “mor og datter”. Det virker som om det er vanskelig å få til en gjennomgående styring i organisasjonen.

Når det gjelder å få innført mer felles rutiner, for i neste omgang å forenkle den interne kontrollen, anses dette som spesielt utfordrende. Man kan si at direktøren i dette tilfellet blir prinsipal, og leder av foretakene blir agent. Prinsipalen kan instruere agenten selv om foretakene er juridiske uavhengige enheter. Men dette benytter man seg sjeldent av i Helse Nord. De sender derimot ut signaler om hvordan de ønsker at ting skal være. Ideelt sett skal foretakene utføre de endringer prinsipalen ønsker de skal gjennomføre. Problemet er som nevnt i teorien at agenten og prinsipalen kan ha avvikende målstruktur. Dette kommer til syne ved at foretakene i mer eller mindre grad motsetter seg innføring av felles rutiner. En av informantene uttrykte seg slik:

*“I Helse Nord finnes det 11 indremedisinske avdelinger. Dermed burde man ideelt sett hatt en prosedyre for samme lidelse. Men hvem skal bestemme det når man har 11 overleger som vil ha det på hver sin måte? Så enten må man bli enig, eller skjære igjennom og si at det blir sånn.”*

Prinsipalen ved administrerende direktør kan som nevnt instruere foretakene. Årsaken til at man i liten grad benytter seg av dette, er fordi det medfører en ansvarsforskyvning. Om prinsipalen instruerer, blir han også ansvarlig for det agenten foretar seg. Man kan forstå at direktøren ikke ønsker å være ansvarlig for de valg avdelingsledere og kirurger tar, fordi de ikke har samme bakgrunn og interesser. Det vil si at direktøren som ikke er utdannet lege kan ikke gå god for de valg legen tar.

Vi ble også av en annen informant fortalt at felles rutiner hadde ideelt sett forenklet den interne kontrollen, men at det vanskelig lar seg gjøre fordi det finnes ledere som fortsatt vil være ledere i foretakene. Kirurgene og avdelingslederne i foretakene har vært vant til å bestemme i eget foretak fra lang tid tilbake, og vil i mer eller mindre grad ikke la seg styre av prinsipalen. "Kirurgskandalen" er et godt eksempel på dette (Helse-Nord.no, 2011). Vi antar at kirurgene som agenter brøt mot interne retningslinjer ved å foreta inngrep de ikke var klarert for, og at dette skyldtes at de ikke hadde samme risikoaversjon som prinsipalen. I slike tilfeller ser man hvilke konsekvenser det kan få når agenten ikke handler i tråd med prinsipalens ønsker. Prinsipalen har i dette tilfellet vært fullstendig uvitende om det som har vært praksis ved denne avdelingen på Nordlandssykehuset. Dette karakteriseres som asymmetrisk informasjon. Agenten har gjennom sin kontaktflate hatt kjennskap til noe som prinsipalen ikke visste, og kan sies å ha handlet ut i fra egen interesse.

I forhold til offentlige anskaffelser sa en informant at det med tiden er blitt mer fokus på å tenke forretning når man foretar anskaffelser. Det vil si å få en god pris. Tidligere fokuserte man mest på å overholde regelverket for offentlige anskaffelser. Nå prøver man og få til begge deler. Men han sa også at:

*"det er fortsatt ikke alle avtaler som blir inngått som er gode økonomiske avtaler. Fokuset har helt klart vært størst på å overholde regelverket."*

Man kan spørre seg om dette er i tråd med prinsipalens ønsker. Ved å overholde regelverket er det ikke prisen, men det å redusere risiko som blir prioritert. Kanskje vi her ser et eksempel på at agenten påtar seg mindre risiko enn det prinsipalen hadde gjort om han i samme situasjon hadde ønsket å legge mest vekt på å få til en god avtale i forhold til pris.



Videre må Helse Nord forholde seg til regelverket for offentlige anskaffelser. Våre informanter har gitt uttrykk for at det er ytterst krevende å utarbeide anbud, og det tar mye tid. Utarbeidelse av kravspesifikasjoner, og generelle formuleringer som en del av en intern kontroll opptar mye ressurser. Staten kan her sies å være prinsipal, som forlanger at innkjøperne i Helse Nord skal følge regelverket som agenter. Som kjent i fra teorien kan agenten opptre opportunistisk, fordi han har en annen målstruktur enn prinsipalen (Busch et al., 2010). Det vil si at selv om dette arbeidet blir oppgitt å være tidkrevende, kan agenten selv til slutt velge hvordan vedkommende ønsker å disponere sin tid. Valget kan eksempelvis stå mellom å jobbe overtid for å klargjøre en kontrakt eller å dra hjem og prioritere tid med familien. På samme måte vil foretakene som agenter ha muligheter til å opptre opportunistisk. For eksempel ressursmangel, asymmetrisk informasjon og det at man ønsker å prioritere ut i fra overordnede mål, kan bidra til at man som agent og foretak tvinges til å tone ned på noe. Det igjen kan føre til at man handler annerledes enn det prinsipalen hadde ønsket, og at det til sist kan det få negative konsekvenser for etterlevelsen av regelverket.

Da det ble etablert internrevisjon i Helse Nord, representerte dette noe nytt for hele foretaket. Internrevisor hadde det klart for seg hva han ønsket å gjøre. Men det tok tid før han fikk både foretakene, styret og administrasjonen med seg. De visste ikke helt hvordan de skulle forholde seg til dette. Når man mangler informasjon og ikke forstår viktigheten av at internkontrollen blir innført, vil det heller ikke være naturlig å prioritere internkontroll i like stor grad som den som sitter men en større forståelse, som i dette tilfellet var internrevisor. Her ser man altså et eksempel på at asymmetrisk informasjon får konsekvenser for innføringen av internkontrollen. I tillegg kan det at man har ulik målstruktur være årsak til at prinsipalen velger å prioritere den interne kontrollen i større grad enn agenten. Her kan man si at internrevisor representerer prinsipalen og resten av organisasjonen er agenter. Men som internrevisor poengterte under intervjuet, så mener han at det i dag er gode rutiner på dette. Likevel, Deloitte påpekte i en rapport utgitt i 2010 at det fortsatt eksisterer intern kontroll utfordringer i Helse Nord (nordlandssykehuset.no, 2010). Men vi vil poengtere at denne rapporten omfatter kun et av foretakene. En annen informant bekrefter dette ved å si at:

*“kvalitetssikring og internkontroll har ikke vært god nok i Helse Nord.....”*

*“Nordlandssykehuset foretok en revisjon og det viste seg at den fungerte dårlig.”* (Det siktes også her til internkontrollen.)

Generelt sett vil det for agenten være både kostbart og vanskelig å verifisere det foretakene som prinsipaler foretar seg for å oppnå bedre kontroll. En av hovedkomponentene i internkontroll er oppfølging. Det er viktig at internkontrollen blir fulgt opp fordi man gjennom oppfølgingen vurderer om komponentene er til stede og fungerer som tiltenkt (Norges interne revisorers forening, 2005). Når det da blir bekreftet av flere informanter at det er begrenset kapasitet på området internrevisjon i Helse Nord, kan man videre tenke seg at oppfølgingen muligens ikke fungerer optimalt. Under det ene intervjuet ble det uttalt at:

*“Internrevisjonen i Helse Nord RHF består av 2 personer. I et system som bruker 10-12 milliarder i året og har 12 000 ansatte, sier det seg selv at man ikke har mulighet til og fotfølge alt som foregår.”*

Kort oppsummert kan man si at på den ene siden ønsker man innføring av felles rutiner for å styrke den interne kontrollen. På den annen side vil det å instruere foretakene for å få dette igjennom medføre en ansvarsforskyvning som ikke er ønskelig. Ut i fra det kan man si at det i ledelsen oppstår en form for dilemma; det blir vanskelig å foreta valg. Samtidig ser vi at det er utfordrende å skulle ha full kontroll over den interne kontrollen i organisasjonen, når internrevisjonen kun består av to personer.

### 6.1.2 Institusjonalisering og legitimitet

Det som legges til grunn for denne teorien er at Helse-Nord RHF og de enkelte foretakene må tilpasse seg omgivelsene for å oppnå støtte og legitimitet.

I forhold til den legale legitimiteten må Helse Nord tilpasse seg sosiale normer for å oppnå aksept i omgivelsene. Ved at for eksempel Helse og sosialdepartementet i 2005 innførte krav til etablering av internkontroll i helseforetakene, har de satt rammer for hvordan Helse Nord skal gjennomføre dette. Samtidig binder de Helse-Nord til å følge normer for internkontroll. Helse Nord er også forpliktet til å overholde regelverket for offentlige anskaffelser. Vi har fått informasjon om at Helse Nord har styrket sin stab med 4-5 advokater i senere tid, for å forsikre seg om at anbudene blir formulert riktig. Vi regner med at det koster dem en del å ha flere advokater i arbeid rundt disse prosessene, og at fokuset her først og fremst er å redusere risiko. Om man skulle være uheldig å formulere seg feil i anbudet, vil det kunne få store konsekvenser, både økonomisk og for selskapets legitimitet. Derfor blir det avgjørende å få kvalitetssikret konkurransegrunnlaget godt, og prøve å unngå blant annet at saker blir klaget inn til KOFA.

En informant sa at det er mangel på ressurser i Helse Nord og et økende behov for kompetanseheving. Videre sa han at det i dag nesten ikke finnes en innkjøper som har erfaring fra offentlige innkjøp. Kravene og konsekvensene av å bryte regelverket for offentlige anskaffelser er skjerpet. Kompetansen på selve regelverket er mangelfull. Vi antar at om det generelt sett er slik at innkjøperne besitter mangelfull kompetanse, vil risikoen for å gjøre feil i anskaffelsesprosessen øke. Ved brudd på regelverket vil den institusjonelle legitimiteten i følge teorien svekkes.

Kirurgiskandalen har vi nevnt tidligere, og vi vil derfor bare helt kort henvise til den her. I dette tilfellet dreide det seg om kognitiv og normativ legitimitet; altså det som berører teknikker og prosedyrer for hvordan inngrepene ble utført. Det forelå ikke skriftlige prosedyrer som regulerte funksjonsfordelingen (Helse-Nord.no, 2011). Sakens utfall medførte store presseoppslag. På den måten berører man også den kognitive legitimiteten. Det vil si at i befolkningen tar man generelt for gitt at en lege skal gjøre folk frisk, og at han kun utfører inngrep han er klarert for. Slike skandaler som dette tilhører sjeldenheten, og medfører en brå endring i vår oppfattelse av hvordan virkeligheten ser ut. Resultatet er i følge teorien at legitimiteten endres eller forsvinner.

Rapporten som ble utarbeidet av Deloitte i etterkant av skandalen påpekte store mangler ved den interne kontrollen ved Nordlandssykehuset (Helse-Nord.no, 2009). Når slike forhold blir allment kjent kan det føre til at troen på Helse Nord som organisasjon svekkes. Som en del av legitimeringsprosessen har Helse-Nord tatt tak i dette problemet, og innfører nå nytt system, og de prøver å rydde opp i den interne kontrollen. Om alt da går som planlagt vil man anta at Helse Nord på sikt vil kunne øke sin legitimitet blant befolkningen.

I forhold til de ansattes kompetanse ble det av en informant uttalt at:

*”Helse Nord hadde vært et fylkeskommunalt system som ikke hadde hatt virksomhetsstyring i det hele tatt. Ingen i systemet kunne noe om regnskapsloven og hvordan regnskap skulle føres. Det ble brukt flere år på å lære dem opp. Men i de siste årene har ting begynt å falle mer på plass.”*

Det vil være naturlig at i større organisasjoner tar det lengre tid å lære opp de ansatte og få systemene til å virke helhetlig.

Underskudd i Helse Nord har ført til lengre ventetid, færre sengeplasser og kutt i bemanningen (Aftenposten.no, 2007). Dette viser at det har vært dårlig virksomhetsstyring, og når det får slike resultater er det helt klart lite positivt for deres omdømme. Man ser at virksomhetsstyringen får virkninger langt utover egen virksomhet, og fører til redusert legitimitet. I den senere tid har de ansattes kompetanse styrket seg, i følge uttalelsen fra informanten ovenfor. Det vil si at Helse Nord har forsøkt å tilpasse seg forventninger fra omgivelsen, ved å forbedre sin virksomhetsstyring. I 2009 klarte de å snu de røde tallene. Administrerende direktør uttalte selv:

*”God økonomi er et middel, ikke et mål i seg selv.”* Han har videre uttalt: *”Men vel så viktig er det å huske på at et helsevesen som ikke gir befolkningen et faglig godt tilbud fort mister legitimitet både hos befolkningen og medarbeiderne. En slik tjeneste vil ikke kunne overleve”* (Helse-Nord.no, 2010).

## 6.2 Utfordringer tilknyttet intern kontroll og anskaffelser

I kapittel 2.1.3 og 2.1.4 gjengav vi helt kort resultater fra to utredningsrapporter. Den første rapporten omhandlet utfordringer i forbindelse med intern kontroll i statlige virksomheter (sfso.no, 2009), og vi velger her å kalle den rapport 1. Temaet i den andre rapporten er; hvorfor statlige virksomheter ikke overholder regelverket for offentlige anskaffelser (riksrevisjonen.no, 2011), og den vil vi betegne som rapport 2. Vi vil her trekke frem funn som ble kartlagt i disse rapportene, og sammenligne disse med data vi har innhentet via våre informanter i Helse Nord.

I rapporten nr 1, ble det skrevet at det er et problem i statlige virksomheter at det eksisterer mange ulike forståelser av intern kontroll. Noen ser ikke nytten av å etablere intern kontroll, mens andre tror at det dreier seg mer om kontroll enn om styring. Dermed kan man oppleve at intern kontroll oppfattes mer som en motsetning til andre former for styring (sfso.no, 2010). Dette kan ha vært tilfellet i helse Nord. I forbindelse med innføringen av internkontroll uttalte en informant at dette ble oppfattet som en ”fremmed fugl.”

Det å utarbeide gode rutiner for internkontroll blir i rapport 1 fastslått som en utfordring (sfso.no, 2010). Via våre informanter i Helse Nord har vi fått bekreftet at de oppfatter det på samme måte. Organiseringen av organisasjonen med egne juridiske enheter har som nevnt gjort det vanskelig å innføre felles rutiner. Hvert eget foretak har egne retningslinjer og rutiner for intern kontroll, i tillegg til at noe er felles for dem alle. Et par av informantene oppgav dette som en utfordring, fordi felles rutiner for samtlige foretak ville gjort arbeidet med intern kontroll mer effektivt og tidsbesparende.

Mangel på kapasiteter som ressurser og tid nevnes også i nevnte rapport (sfso.no, 2010). Alle informantene i Helse Nord som vi har vært i kontakt med uttrykker at organisasjonen mangler ressurser på ulike områder. I forhold til anskaffelsene i Helse Nord blir blant annet kompetanse uttalt som mangelfull. Flere informanter poengterer også at internrevisjonen har begrenset kapasitet/tid til å foreta interne kontroller. Videre blir oppfølging av tidligere tiltak i rapporten nevnt som utfordrende (sfso.no, 2010). I forhold til den interne revisjonen vil det begrense seg hvor mye de kan følge opp grunnet bemanningssituasjonen. 2 interne revisorer har som nevnt ikke mulighet til å fotfølge 12 000 ansatte. Helse Nord har utfordringer i sitt kontrollmiljø som for eksempel mangel på kompetanse i forhold til offentlige anskaffelser, og innføring av felles rutiner grunnet organisasjonsformen. I følge Berger (2004) og COSO rapporten representerer kontrollmiljøet grunnlaget for de øvrige komponentene i

internkontrollen. Om det ikke blir tilgodesett tilstrekkelig med ressurser og lagt vekt på utfordringer på dette nivået, får man problemer med å få de resterende komponentene til å fungere. Oppfølgingen er av vesentlig betydning, fordi det er den som skal se til at det interne kontrollsystemet fungerer tilstrekkelig. For at internkontrollen skal være tilfredsstillende må derfor de andre komponentene først fungere som tiltenkt. Det betyr at om komponentene på lavere nivå blir prioritert og krever mest ressurser, vil det bli mindre igjen av ressursene til å ivareta oppfølgingen av den interne kontrollen.

Regelverksetterlevelsen er oppgitt som utfordrende i rapport nr 2 (riksrevisjonen.no, 2011). Informantene i Helse Nord bekrefter dette. Som tidligere nevnt begrunner informantene dette med at det er krevende å forholde seg til et stort og komplekst regelverk, og at dette krever mye tid og ressurser. I tillegg nevnes det i samme rapport at dårlig kompetansen rundt regelverket for offentlige anskaffelser er årsak til brudd (riksrevisjonen.no, 2011). En av våre informanter uttrykte at det nesten ikke finnes innkjøpere i dag som har erfaring fra offentlige innkjøp. Videre sier han at man får erfaringer ved å praktisere i arbeidslivet. Utfordringen da blir at man i praksis møter helt andre erfaringer enn det man har lært om på kurs, blant annet fordi regelverket og forskrifter endres stadig. Ut i fra dette ser vi at det lett kan oppstå regelbrudd, og at mangel på kompetanse blant de som foretar innkjøp kan få negative konsekvenser i organisasjonen.

## 7. KONKLUSJON

Temaet for denne oppgaven har vært offentlige anskaffelser og internkontroll i Helse Nord. Formålet med oppgaven har vært å øke vår kunnskap rundt temaene, og se hvilke utfordringer Helse Nord støter på i forhold til anskaffelser og internkontroll i organisasjonen. Problemstillingen vår har vært:

*Hvilke utfordringer står Helse Nord overfor tilknyttet sine offentlige anskaffelser, og hvordan er den tilhørende internkontrollen utformet?*

For å finne svar på problemstillingen har vi hatt uformelle samtaler med to informanter og gjennomført fem kvalitative intervju. Resultatene av den påfølgende analysen og sekundære data vi har brukt, har lagt grunnlaget for å kunne komme frem til en konklusjon.

Etter å ha gjennomført intervjuene og lest igjennom ulike rapporter sitter vi igjen med inntrykket av at Helse Nord har møtt, og fortsatt opplever utfordringer knyttet til offentlige anskaffelser og internkontroll.

Regelverket for offentlige anskaffelser blir av informantene oppgitt som komplekst og vanskelig å forholde seg til. Det forbrukes mye ressurser i forbindelse med klargjøring av anbud, fordi det er lett å gjøre feil og man ønsker å få kontraktene mest mulig korrekt utformet for å sikre regelletterlevelse og unngå klagesaker. Kompetansen blant innkjøperne blir også fremstilt som mangelfull. Dette bekreftes både av en informant og rapporten som Deloitte utformet. Når man besitter mangelfull innkjøpskompetanse vil sannsynligheten for at det oppstår brudd på regelverket øke. I forhold til anskaffelsene har det også eksistert utfordringer som gikk på rutiner rundt fullmakt og ansvar tilknyttet innkjøpsfunksjonen, og man har i senere tid fokusert på å rydde opp i disse systemene.

I forhold til internkontroll meddeler flere informantene at det er begrenset tilgang på ressurser innad i avdelingen for intern revisjon. Den består av kun to ansatte, og det er utfordrende til enhver tid å skulle føre tilsyn med hva som skjer i en organisasjon bestående av totalt 12 000 ansatte. De har ikke kapasitet til å kunne følge opp detaljene i internkontrollen på alle områder. Felles rutiner på flere områder ble av to informanter trukket frem for å effektivisere kontrollen. Men dette er vanskelig å gjennomføre i praksis.

Det ble blant annet uttalt at: ”...det finnes 11 overleger som hver vil ha det på sin måte...”

Dette sitatet gjenspeiler Helse Nord's organisasjonsform, med foretakene som utgjør

selvstendige juridiske enheter. De bestemmer selv hvordan den interne kontrollen i eget foretak skal utformes. Dette medfører ulik praksis, og bidrar til at det blir mer utfordrende å holde oversikten over internkontrollen i Helse Nord som en helseregion. På grunnlag av disse faktorene blir det vanskelig å trekke slutninger og si helt konkret hvordan internkontrollen i organisasjonen er utformet.

Nye krav til internkontroll, risikostyring og regelverket for offentlige anskaffelser de siste årene har bidratt til at Helse Nord har stått overfor flere endringer og utfordringer på ulike nivå, som for eksempel organisering, kompetanse og rutiner på anskaffelsesområdet. Informantene forteller at det i organisasjonen er blitt lagt ned en del arbeid på ulike områder for å styrke den interne kontrollen og etterlevelsen av regelverket for offentlige anskaffelser. Likevel blir det av informantene trukket frem utfordringer som fortsatt står uløst, og som man bør jobbe videre med for å finne passende løsninger på.

Ved hjelp av vår analyse har vi sett at flere av utfordringene Helse Nord sliter med, er i tråd med de funn som ble kartlagt i utredningsrapportene som statens senter for økonomistyring og riksrevisjonen har utformet. For eksempel nevnes det i rapportene at det ofte eksisterer utfordringer i forbindelse med etablering av internkontroll, regelverksetterlevelse og mangel på ressurser. Derfor kan vi si at våre data bygger opp under den forskning som allerede er foretatt på dette området. Vi har også erfart at problemene rundt regelverket for offentlige anskaffelser har eksistert i flere år, og at det er de samme utfordringene som går igjen i offentlige virksomheter.

Vi er av den oppfatning at vi nå sitter igjen med en mye bredere forståelse av prosessene rundt offentlige anskaffelser og internkontroll. Vi ser at det råder stor kompleksitet rundt begge tema, og at det er mange faktorer som skal stemme overens for at man skal kunne lykkes i arbeidet med å etablere en velfungerende internkontroll og anskaffelsesprosess. Fordi omgivelsene stadig er i endring, må man være forberedt på at selv om man bekjemper utfordringer, vil man stadig møte nye.



## LITTERATURLISTE

### Faglitteratur

Busch Tor, Jan Ole Vanebo, Erlend Dehlin, (2010), Organisasjon og organisering, Universitetsforlaget AS

Busch, et al., (2009), Økonomistyring i det offentlige, Universitetsforlaget AS

Dragsten M. H (2006), Håndbok i offentlige anskaffelser, Universitetsforlaget AS

Gjønnnes, Arnhild Dordi, (2007), Regelsamling for offentlige anskaffelser, Fagbokforlaget.

Johannessen, et al., (2010), Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag, abstrakt forlag.

Lawrence, P.R og J. Lorsch (1967), Organization and environment: managing differentiation and integration. Boston, Mass.: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Solvang Krohn, Bern og Holme, Idar M.,(1996), Metodevalg og metodebruk, Engers boktrykkeri A/S.

The committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, (2004/2005), Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk, Norges interne revisorers forening.

Røste O.B, (2008) Politikk og økonomi, Gyldendal Akademiske Forlag

## Internettkilder

Aale P.K. 28. januar 2007. Ingen bønn for sykehusene. Nedlastet 28.5.2011 fra <http://www.aftenposten.no/helse/article1619292.ece>

Berger H.C. mai 2004. Vil Sarbanes-Oxley øke tilliten til selskapenes rapportering? Nedlastet 29.1.2011 fra <http://magma.no/vil-sarbanes-oxley-oeke-tilliten-til-selskapenes-rapportering>

Committee of Sponsoring Organizations of The Treadway Commission. Internkontroll – et integrert rammeverk. Cappelen akademiske forlag, 1996. Nedlastet 8.6.2011 fra [http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010072723005](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010072723005)

Enhet for Intern revisjon. 6. februar 2001. Hva er internkontroll? Nedlastet 29.1.2011 fra <http://www.admin.uio.no/ir/internkontroll/ik.html>

Farbrot A. 14. november 2006. Uforberedt på kriser. Nedlastet 25.2.2011 fra <http://www.forskning.no/artikler/2006/november/1162814567.04>

Fornyings- og administrasjonsdepartementet. November 2006. Veileder til reglene om offentlige anskaffelser. Nedlastet 28.5.2011 fra [http://www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Konkurransopolitikk/Anskaffelser/Veileder\\_reglene\\_offentlige\\_anskaffelser\\_komp.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Konkurransopolitikk/Anskaffelser/Veileder_reglene_offentlige_anskaffelser_komp.pdf)

Fornyings-, administrasjons- og kirke departementet. Det gode innkjøp. Nedlastet 29.5.2011 fra <http://www.regjeringen.no/nn/dep/fad/dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2008-2009/stmeld-nr-36-2008-2009-/6/1.html?id=559359>

Fornyings-, administrasjons- og kirke departementet. Konkurransopolitikk. Nedlastet 22.5.2010 fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/tema/konkurransopolitikk/Offentlige\\_anskaffelser.html?id=592102](http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/tema/konkurransopolitikk/Offentlige_anskaffelser.html?id=592102)

Forsiden Helse Nord. 2011. Nedlastet 22.5.2011 fra <http://www.helse-nord.no/>

Haukerud A og Sandanger K. Juni 2003. Ny renessanse for internkontroll. Nedlastet 22.5.2010 fra <http://www.magma.no/?nid=183962>

Helseforetaksloven. Kapittel 7. Styrets oppgaver og kompetanse. Nedlastet 22.5.2011 fra <http://www.handboka.no/Sak/Lover/Helseforetak/hefo07.htm>

Helse Nord. 22. oktober 2009. Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF. Nedlastet 22.5.2011 fra [http://helse-nord.no/getfile.php/RHF/Internrevisjon\\_RHF/Instruks\\_for\\_Internrevisjon\\_RHF\\_2009.pdf](http://helse-nord.no/getfile.php/RHF/Internrevisjon_RHF/Instruks_for_Internrevisjon_RHF_2009.pdf)

Helse Nord. 14. juni 2010. Internrevisjonsrapport 15/09: Etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser i foretaksgruppen- oppsummering. Nedlastet 28.5.2011 fra [http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Styredokumenter/2010/Styresak\\_75-2010\\_Internrevisjonsrapport\\_1509.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Styredokumenter/2010/Styresak_75-2010_Internrevisjonsrapport_1509.pdf)

Helse Nord. 2011. Om Helse Nord. Nedlastet 21.3.2011 fra <http://www.helse-nord.no/category635.html>

Helse Nord. 28.juni 2005. Organisering av Helse Nord. Nedlastet 22.5.2011 fra <http://www.helse-nord.no/organisering/category19904.html>

Helse Nord. 22 april 2009. Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord. Nedlastet 22.5.2011 fra [http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Kurs/Helhetlig%20risikostyring/Styresak\\_3109\\_retningslinjer\\_risikostyring\\_helsenord.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Kurs/Helhetlig%20risikostyring/Styresak_3109_retningslinjer_risikostyring_helsenord.pdf)

Helse Nord. 14.september 2005. Vedtekter. Nedlastet 15.2.2011 fra <http://www.helse-nord.no/vedtekter/category4521.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. Januar 2011. Styrearbeid i regionale helseforetak. Nedlastet 22.5.2011 fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/EIA/SRH.pdf>

Helsetilsynet. 11. mai 2011. Kirurgisaken ved Nordlandssykehuset HF – brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Nedlastet 9.6.2011 fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Kirurgisaken-Nordlandssykehuset-HF-brudd-pa-spesialisthelsetjenesteloven--2-2/>

Hovland L. 21. september 2009. Betre internkontroll eit våpen mot regelbrot. Nedlastet 29.1.2011 fra <http://www.anskaffelser.no/nyheter/2009/06/betre-internkontroll-eit-vaapen-mot-regelbrot>

Jensen M. 24. november 2010. Internkontroll- en sikker investering. Nedlastet 22.5.2011 fra <http://www.unit4agrosso.no/Om-UNIT4Agresso/Nyheter/artikle?aid=4152>

KPMG AS. 2010. Anskaffelser og internkontroll. Nedlastet 22.5.2011 fra [http://www.kpmg.no/arch/\\_img/9661983.pdf](http://www.kpmg.no/arch/_img/9661983.pdf)

Landsvik J. 12. august 2010. Offentlige anskaffelser skal oppfylle viktige målsettinger. Nedlastet 22.5.2010 fra <http://www.anskaffelser.no/nyheter/2010/03/stort-effektiviseringspotensiale-i-offentlige-anskaffelser>

Meek T. 25. mai 2006. Funnet skyldige i milliardsvindel. Nedlastet 29.5.2011 fra <http://www.nrk.no/nyheter/okonomi/1.563313>

Norges Interne Revisorers forening. Om COSO -rapporten Nedlastet 6.6.2011 fra <http://www.iaa.no/COSO-Rapporten+Intern+kontroll+-+et+integrert+rammeverk,+1992.9UFRrQWq.ips>

Nærings og handelsdepartementet. Juni 2004. Evaluering av regelverket for offentlige anskaffelser. Nedlastet 9.6.2011 fra [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/aad/prm/2004/0051/ddd/pdfv/224515-rapport\\_asplan\\_viak.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/aad/prm/2004/0051/ddd/pdfv/224515-rapport_asplan_viak.pdf)

Redaksjonen. Store norske leksikon. Finance-Credit saken. Nedlastet 29.5.2011 fra [http://www.snl.no/Finance\\_Credit-saken](http://www.snl.no/Finance_Credit-saken)

Riksrevisjonen. 2011. Riksrevisjonens undersøkning av årsaker til at statlege verksemder ikkje etterlever regelverket for offentlege anskaffingar. Nedlastet 9.6.2011 fra [http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2010-2011/Dokument%203/Dokumentbase\\_3\\_6\\_2010\\_2011.pdf](http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2010-2011/Dokument%203/Dokumentbase_3_6_2010_2011.pdf)

Statens helsetilsyn. 13. mai 2011. Helsetilsynets rapport angående kirurgisaken. Nedlastet 7.6.11 fra [http://www.helse-nord.no/getfile.php/NLSH\\_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/44-2011\\_Helsetilsynets\\_rapport.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/44-2011_Helsetilsynets_rapport.pdf)

Statistisk sentralbyrå. 1. desember 2010. Økning i offentlige innkjøp. Nedlastet 23.2.2011 fra <http://www.ssb.no/vis/emner/12/01/offinnkj/main.html>

Statlig senter for økonomistyring. 1. april 2009. Internrevisjon og internkontroll i statlige virksomheter – en kartlegging. Nedlastet 8.6.2011 fra [http://www.sfso.no/upload/forvaltning\\_og\\_analyse/Publikasjoner%20og%20rapporter/IRIK\\_rapport%204\\_09.pdf](http://www.sfso.no/upload/forvaltning_og_analyse/Publikasjoner%20og%20rapporter/IRIK_rapport%204_09.pdf)

Styresak. 9. november 2010. Rapport fra Deloitte. Nedlastet 27.5.2011 fra [http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH\\_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/Sak\\_54\\_2010\\_Orienterin\\_ekstern\\_revisjon.pdf](http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/Sak_54_2010_Orienterin_ekstern_revisjon.pdf)

Vorland L. 5. februar 2010. God økonomi er et middel, ikke et mål i seg selv. Nedlastet 28.5.2011 fra <http://www.helse-nord.no/direktoerens-fredagsbrev/god-oekonomi-er-et-middel-ikke-et-maal-i-seg-selv-article73043-1109.html>

Ødelien M. 2011. Hvem bruker anbud, og når? Nedlastet 9.6.2011 fra [http://www.bedriftieu.no/templates/eic2/Page\\_Meta.aspx?id=60654](http://www.bedriftieu.no/templates/eic2/Page_Meta.aspx?id=60654)

## **8. VEDLEGG**

### **Vedlegg 1** Prosessmodellen for regionale innkjøp

Dette dokumentet fikk vi oversendt på mail i fra innkjøpsleder Jonny Jensen etter intervju.

# Gjennomføring av regional anskaffelse

Samhandling RHF og HF

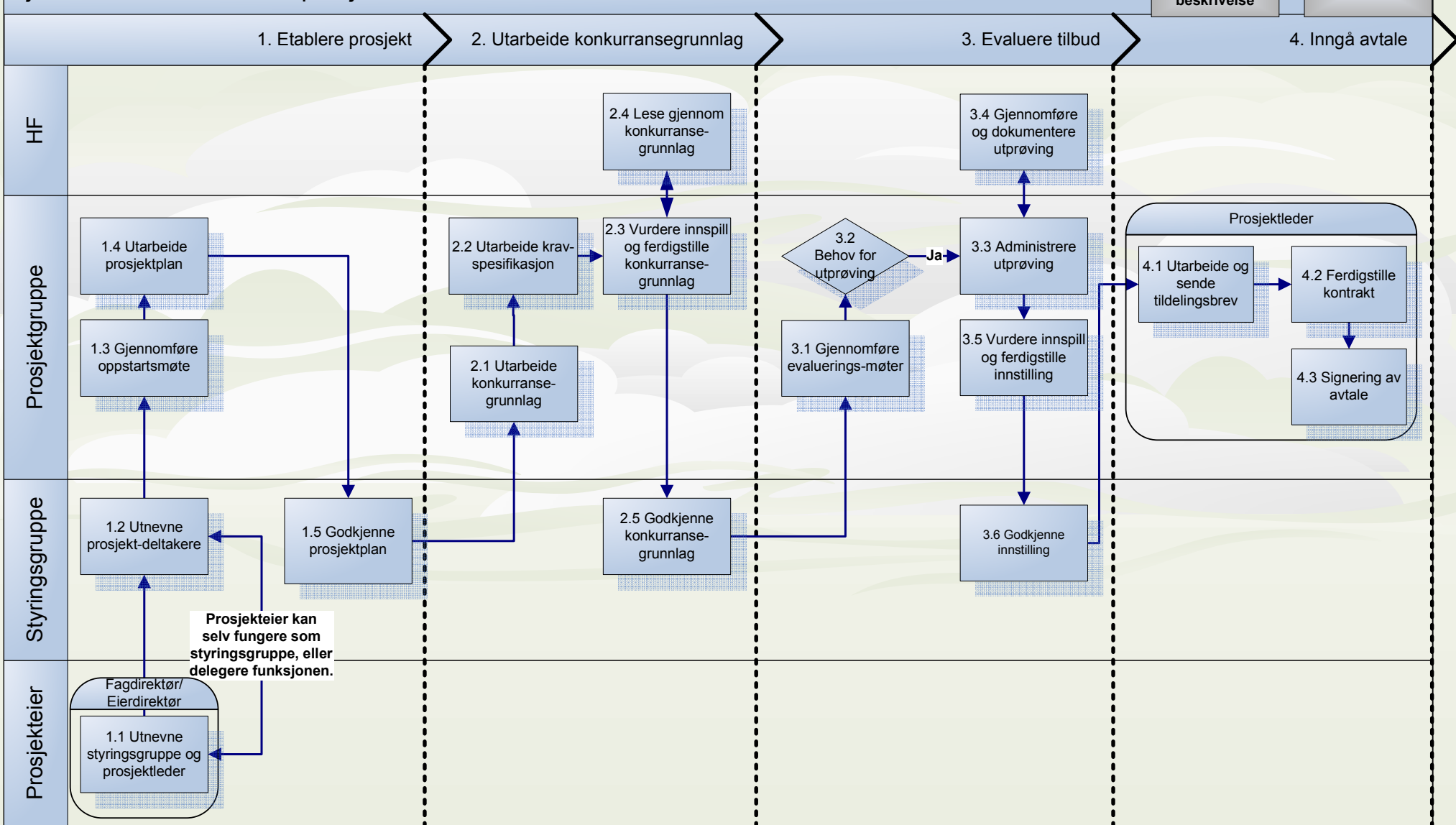
Denne prosessmodellen angir samhandlingsprinsipper og kommunikasjonsrutiner for samarbeid mellom Helse Nord RHF og lokale helseforetak (HF) knyttet til gjennomføring av en regional anskaffelse, etter gjennomført prosess for initiering av nasjonal fellesanskaffelse som konkluderer med at anskaffelsen egner seg for regional samordning. Prosessmodellen er så langt som mulig tilpasset nasjonale samhandlingsprinsipper og kommunikasjonsrutiner. Dette for å kjenne igjen prosessene uavhengig av om man deltar i nasjonal eller regional anskaffelse.



Denne prosessmodellen illustrerer den praktiske gjennomføringen av en regional fellesanskaffelse: Prosjekteier gjennomgår, vurderer og beslutter på hvorvidt de foreslåtte behovene for anskaffelser skal kjøres på et regionalt nivå, eller hvorvidt det kreves ytterligere analyse for å en endelig beslutning, gjennom en foranalyse.



# Gjennomføre anskaffelsesprosjekt i Helse Nord RHF



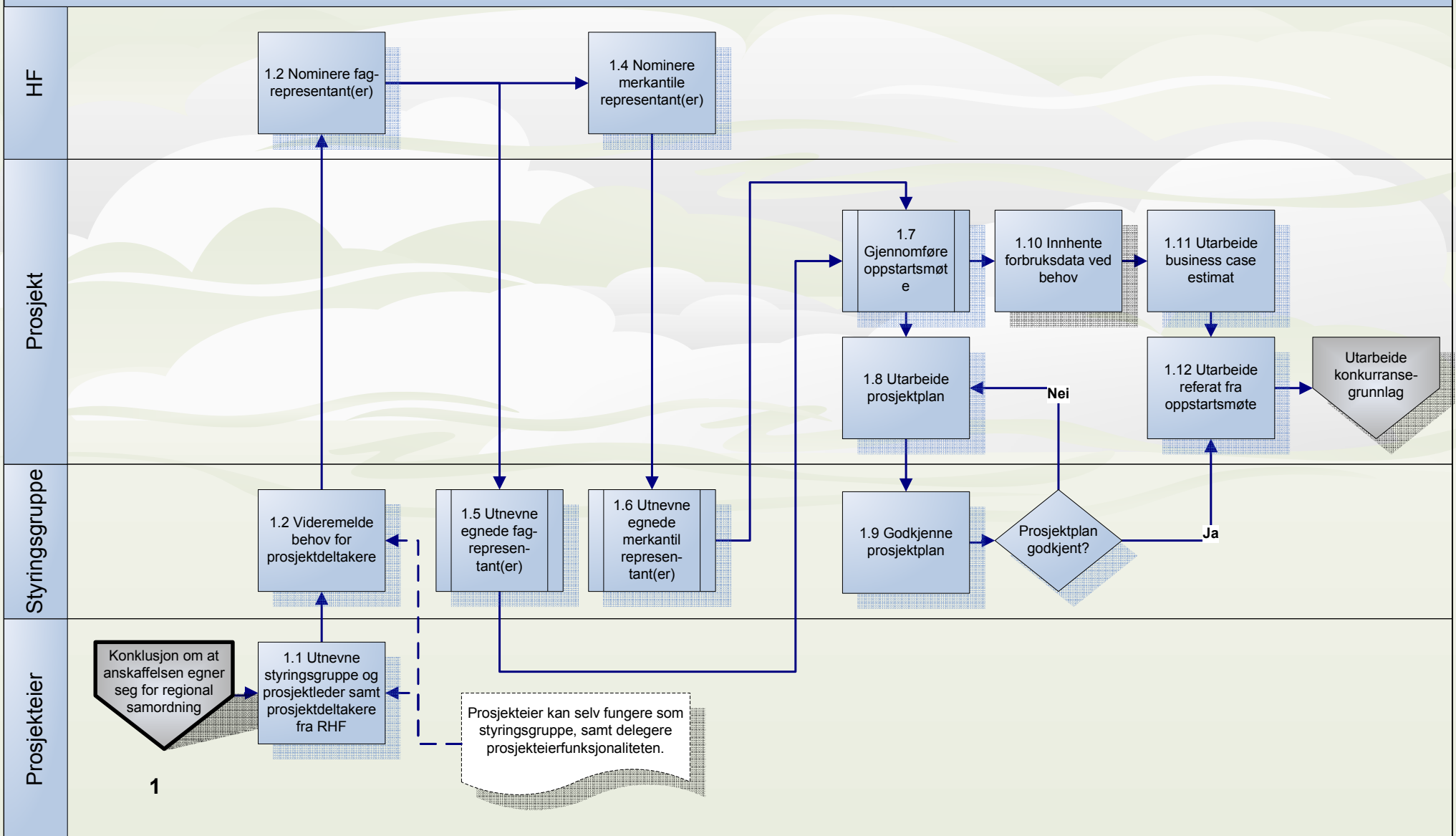


# Prosessbeskrivelse - Hovedprosess

Tilbake til flytskjema

Aktivitetstype	Tekst	Beskrivelse	Kommunikasjon
Prosess	1.1 Utnevne styringsgruppe og prosjektleder	Med utgangspunkt i prosjekteiers beslutning initieres regional anskaffelsesprosjekt i henhold til tidsplanen. Prosjekteier utnevner styringsgruppe og prosjektleder, med utgangspunkt i den enkeltes fagkompetanse, erfaring og tilgjengelighet. Prosjekteiers funksjonalitet kan delegeres.	
Prosess	1.2 Utnevne prosjektdeltakere	Styringsgruppen videreformidler behov for merkantile- og fagrepresentanter. HF utnevner aktuelle kandidater, og styringsgruppen foretar en utvelgelse blant kandidatene som de ønsker å ta med i prosjektgruppen. Ofte kan det være hensiktsmessig at prosjekteier og styringsgruppe utgjør en og samme person eller gruppe, noe som må vurderes fra prosjekt til prosjekt.	E-post, ledermøter
Prosess	1.3 Gjennomføre oppstartsmøte	Prosjektleder koordinerer og innkaller til prosjekt oppstartsmøte. I dette møtet gjennomgås bl.a. roller og ansvar, business case, etc.	
Prosess	1.4 Utarbeide prosjektplan	Prosjektleder utarbeider prosjektplan i samråd med prosjektgruppen, som sendes til godkjenning i styringsgruppen.	E-post
Prosess	1.5 Godkjenne prosjektplan	Styringsgruppen godkjenner prosjektplan.	
Prosess	2.1 Utarbeide konkurransegrunnlag	Viktig at hvert anskaffelsesprosjekt ikke etablerer eget konkurransegrunnlag fra bunnen av, men tar utgangspunkt i etablert standardmal - og heller gjør nødvendige tilpasninger ut fra denne. Hovedkapittelstrukturen bør holdes intakt.	
Prosess	2.2 Utarbeide kravspesifikasjon	Fagpersonene i prosjektgruppa er hovedansvarlige for å utarbeide kravspesifikasjonen. Prosjektleder vil fungere som rådgiver i forhold til form og overordnet innhold.	
Prosess	2.3 Vurdere innspill og ferdigstille konkurransegrunnlag	Prosjektgruppen vurderer eventuelle innspill fra høringsrunden og ferdigstiller konkurransegrunnlaget med vedlegg	
Prosess	2.4 Lese gjennom konkurransegrunnlag	Gjennomlesningen av av aktuelle personer i det enkelte HF og eventuelle tilbakemeldinger skal skje innen 10 arbeidsdager fra utseending.	
Prosess	2.5 Godkjenne konkurransegrunnlag	Styringsgruppen godkjenner konkurransegrunnlaget med vedlegg.	
Prosess	3.1 Gjennomføre evalueringsmøte(r)	Etter innkomne tilbud sammenkaller prosjektleder typisk til et første evalueringsmøte der prosjektgruppen samles. Gjennom det videre evalueringsarbeidet kan det være behov for ytterligere møter.	Møter, e-post, telefonmøter.
Beslutning	3.2 Behov for utprøving	Behov for utprøving av enkeltprodukter deler av et produktutvalg?	
Prosess	3.3 Administrere utprøving	Prosjektleder administrerer utprøving.	
Prosess	3.4 Gjennomføre og dokumentere utprøving	HF gjennomfører og dokumenterer utprøving.	
Prosess	3.5 Vurdere innspill og ferdigstille innstilling	Prosjektgruppen vurderer innspill og tilbakemeldinger før endelig innstilling	
Prosess	3.6 Godkjenne innstilling	Styringsgruppen godkjenner innstilling	
Prosess	4.1 Utarbeide og sende tildelingsbrev	Endelig innstilling betyr at valg er foretatt, og prosjektleder kan dermed sende ut tildelingsbrev. Viktig å huske god og detaljert begrunnelse for valg til tilbyderne som ikke nådde opp.	Brev
Prosess	4.2 Ferdigstille kontrakt	Prosjektleder ferdigstiller avtaledokumentene ihht retningslinjer nedfelt i konkurransegrunnlaget. Avtaler utarbeides i minimum 2 eksemplarer. Begge avtaleeksemplarene oversendes leverandør pr post.	Brev
Prosess	4.3 Signering av avtale	Prosjektleder sørger for signering av avtale hos leverandør og deretter hos AD.	Brev

# 1. Etablere prosjektgruppe

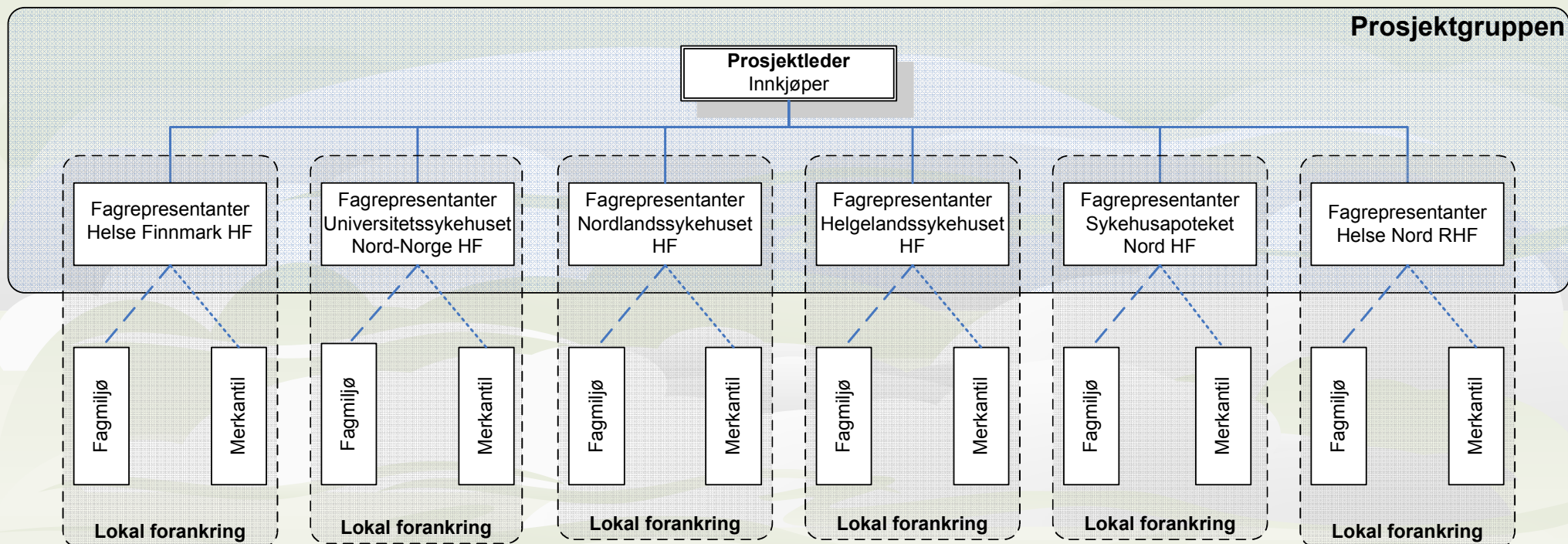


# Prosessbeskrivelse - Etablere prosjektgruppe

Tilbake til flytskjema

Aktivitets-type	Tekst	Beskrivelse	Kommunikasjon
Prosess	1.1 Utnevne styringsgruppe og prosjektleder samt prosjektdeltakere fra RHF	Med utgangspunkt i prosjekteiers beslutning basert på meddelt behov initieres regional anskaffelsesprosjekt. Prosjekteier utnevner styringsgruppe og prosjektleder, med utgangspunkt i den enkeltes fagkompetanse, erfaring og tilgjengelighet. Prosjekteiers funksjonalitet kan delegeres.	
Prosess	1.2 Videre melde behov for prosjektdeltakere	Styringsgruppen viderefremmer behov for merkantile- og fagrepresentanter. HF utnevner aktuelle kandidater, og styringsgruppen foretar en utvelgelse blant kandidatene som de ønsker å ta med i prosjektgruppen. Ofte kan det være hensiktsmessig at prosjekteier og styringsgruppe utgjør en og samme person eller gruppe, noe som må vurderes fra prosjekt til prosjekt.	
Prosess	1.3 Nominere fagrepresentant(er)	HF nominerer X antall fagrepresentanter, basert på erfaring og kompetanse innenfor fagfeltet	
Prosess	1.4 Nominere merkantil(e) representant(er).	Hver HF nominerer en merkantil representant	
Predefined process	1.5 Utnevne egnede fagrepresentant(er)	Styringsgruppen velger deretter ut en til flere fagrepresentanter fra de involverte HF'ene. Det som ikke blir valgt inn i prosjektet, benyttes som ressurspersoner til senere anledninger i de aktuelle prosjektet, eventuelt i andre prosjekter i fremtiden.	
Forhåndsdefinert prosess	1.6 Utnevne egnede merkantile representant(er)	Styringsgruppen velger deretter ut en til flere merkantile representanter fra de involverte HF'ene. Det som ikke blir valgt inn i prosjektet, benyttes som ressurspersoner til senere anledninger i de aktuelle prosjektet, eventuelt i andre prosjekter i fremtiden.	
Forhåndsdefinert prosess	1.7 Gjennomføre oppstartsmøte	Prosjektleder koordinerer og innkaller til prosjekt oppstartsmøte. I dette møtet gjennomgås bl.a. roller og ansvar, business case, etc.	
Prosess	1.8 Utarbeide prosjektplan	Prosjektleder utarbeider referat fra oppstartsmøte og oversender alle i prosjektgruppa.	E-post, intranett
Prosess	1.9 Godkjenne prosjektplan	Styringsgruppe vurderer og godkjenner endelig prosjektplan. Om eventuelle endringer og tilpasning er nødvendig, sendes prosjektplanen tilbake til prosjektgruppen for nødvendig korrigeringer.	
Prosess	1.10 Innhente forbruksdata ved behov	Dersom det ikke foreligger detaljerte nok forbruksdata (f.eks. fra tidligere foranalyse), så må dette innhentes. Prosjektleder er ansvarlig for å kontakte HF innkjøpssefer.	
Prosess	1.11 Utarbeide business case estimat	Prosjektgruppen bør utarbeide et business case estimat som legger forventningsnivået mht besparelser. Dette bør konkretiseres ned til det enkelte HF som deltar. Endelig BC vil naturligvis ikke utarbeides før ved avtalesignering.	
Prosess	1.12 Utarbeide referat fra oppstartsmøte	Prosjektleder utarbeider referat fra oppstartsmøte og oversender alle i prosjektgruppen.	E-post, intranett

# Utnevne fagrepresentanter og merkantile representanter



## Fagrepresentanter

- Styringsgruppen i samarbeid med prosjektleder, identifisere aktuelle kandidat(er) for å representere hvert HF i prosjektet.
- Det bør være min. én representant pr HF
- I de tilfeller hvor det utnevnes mindre fagrepresentant(en) enn deltakende HF, representerer fagrepresentant(en) alle HF og alle fag-/brukergrupper i regionen, og det er viktig med løpende informasjon og forankring mot de enkelte HF i regionen
- Fagrepresentanten vil ved behov i tillegg kunne konferere og støtte seg mot oppnevnt merkantil representant i HF/RHF

## Merkantile representanter

- Hvert HF oppnevner en merkantil representant eller støttespiller pr regionalt anskaffelsesprosjekt
- Den merkantile representanten er å anse som en aktiv prosjektdeltaker.
- Hovedansvaret til den merkantile representanten er å støtte sitt HFs fagrepresentant(er) med innkjøpsfaglig og økonomisk rådgivning
- I tillegg har den merkantile representanten et særlig ansvar for å sikre at evt særegne HF-vise krav blir ivaretatt i konkurransegrunnlaget og endelig innstilling.

# Prosjekt oppstartsmøte

## Formål med oppstartsmøte

- Enighet om prosjektmandat, inkl. rolle- og ansvarsbeskrivelser
- Forslag til prosjektplan
- Enighet om foreløpig sortimentsomfang

## Agenda

- Sikre felles forståelse for oppdraget
- Avklare roller, ansvar og forventninger
- Sikre at prosjektdeltakerne har et minimum av kunnskap om innkjøpsregelverket
- Sikre at prosjektleder har et minimum av kunnskap om det aktuelle fagområdet
- Gjennomgå av framdriftsplan
- Spilleregler underveis i prosessen, herunder prosedyre ved evt dissens
- Diskutere og bestemme anskaffelsestaktikk, dvs vurdere muligheter og begrensinger i markedsmekanismene innen det aktuelle sortiment, velge anskaffelsesprosedyre, etc.
- Gjennomgang av standard mal for konkurransegrunnlag
- Kort gjennomgang av prinsippene i evalueringsmetodikken
- Endelig avklaring av sortimentsomfang inkl. Avgrensinger (UNSPSC)
- Avklare behov for detaljert forbruksdata som input til business case. Forbruksdata kan hentes fra mange kilder:

## Prosjektleder

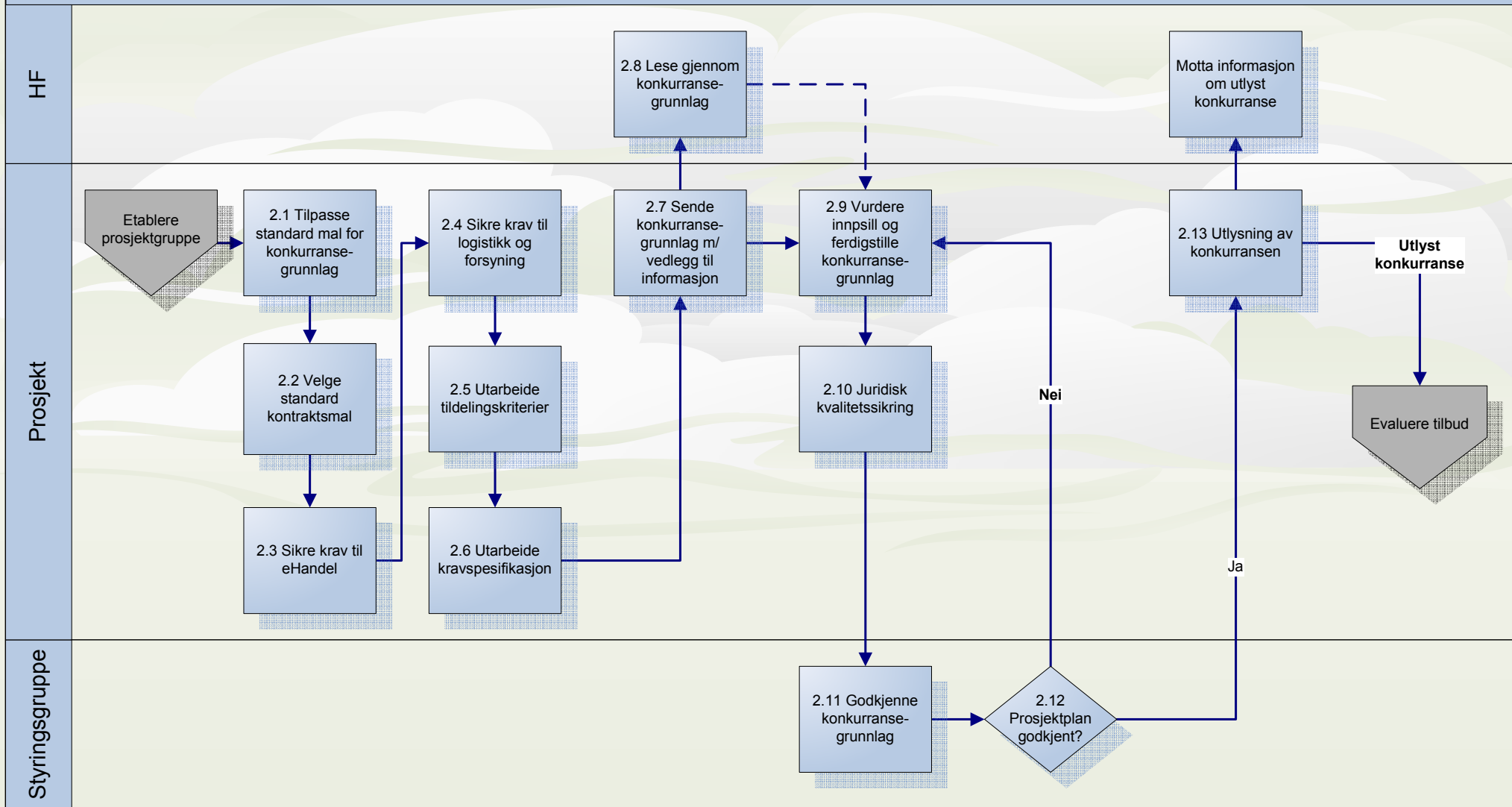
- Prosjektleder ansvarlig for innkalling, planlegging og gjennomføring av oppstartsmøte
- Prosjektleder hovedansvarlig for framdrift, merkantile vurderinger og rapportering underveis i prosjektet
- Prosjektleder rapporterer generelt grov status fortløpende i prosjektet til styringsgruppen.
- Ved større forsinkelser i prosjektet skal egen rapportering skje til styringsgruppen.

## Prosjektdeltakere

- De merkantile og fagpersonene fra HF utgjør prosjektgruppen
- Alle prosjektdeltakere deltar på fysisk oppstartsmøte og i videre arbeid ihht framdriftsplan
- Prosjektdeltakerne hovedansvarlig for forankring mot fagmiljøer i HF, faglige vurderinger og evt utprøvinger underveis

## 2. Uarbeide konkurransegrunnlag

Prosess-  
beskrivelse



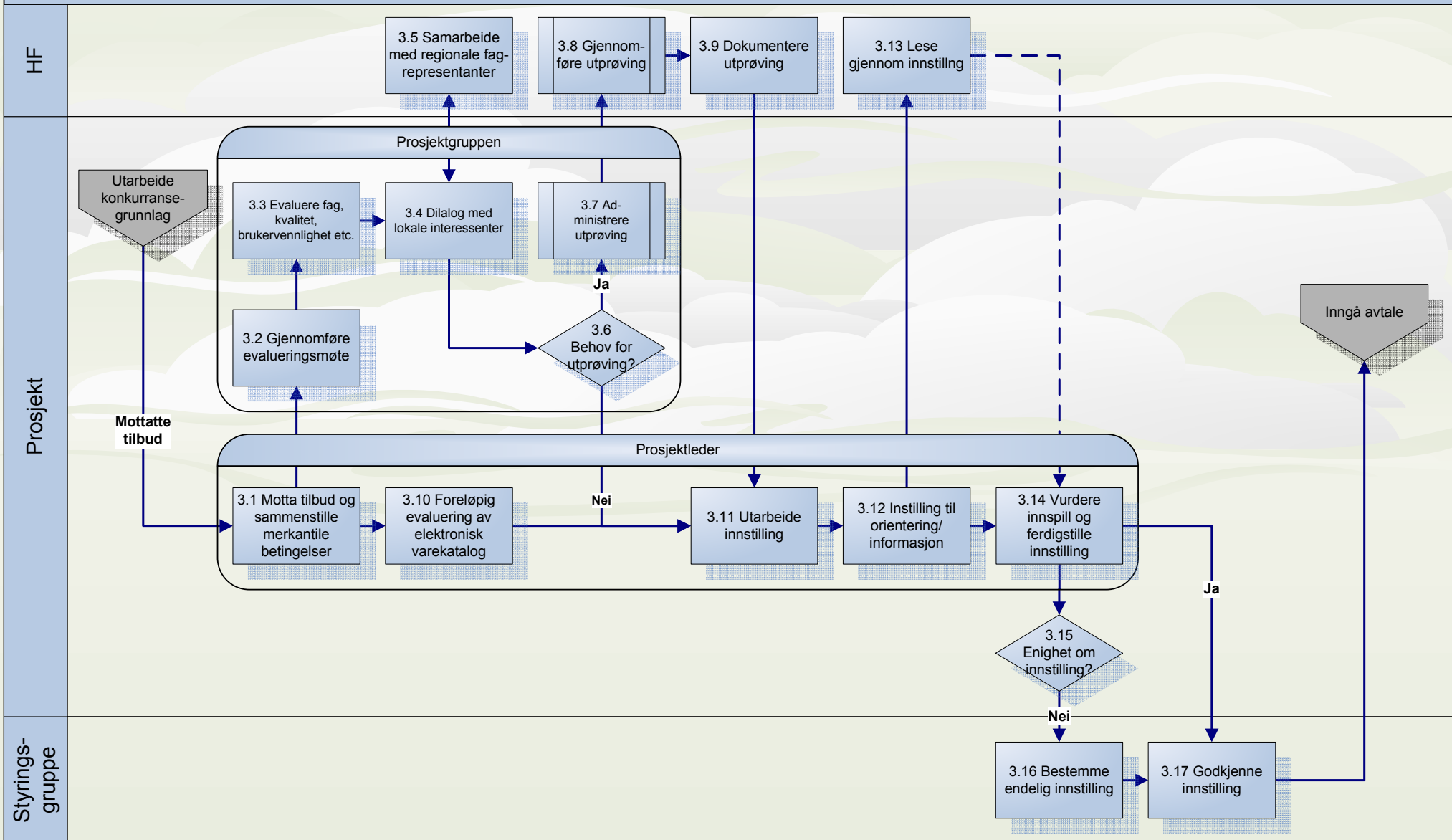
# Prosessbeskrivelse – Utarbeide konkurransegrunnlag

Tilbake til flytskjema

Aktivitetstype	Tekst	Beskrivelse	Kommunikasjon
Prosess	2.1 Tilpasse standard mal for konkurransegrunnlag	Viktig at hvert anskaffelsesprosjekt ikke etablerer eget konkurransegrunnlag fra bunnen av, men tar utgangspunkt i etablert standardmal - og heller gjør nødvendige tilpasninger ut fra denne. Hovedkapittelstrukturen bør holdes intakt.	
Prosess	2.2 Velge standard kontraktsmal	Standard kontraktsmal tilpasses, eventuelt suppleres med spesielle kontraktsbetingelser for den enkelte konkrete anskaffelsen.	
Prosess	2.3 Sikre krav til eHandel	En viktig del av konkurransegrunnlaget er konkrete krav knyttet til ønsket om elektronisk handel over den offentlige markedsplassen. Standardiserte krav bør i størst mulig grad benyttes, og kun unntaksvis bør det gjøres tilpasninger til disse. Forutsettes innført når Helse Nord knytter seg til den offentlige markedsplassen.	
Prosess	2.4 Sikre krav til logistikk og forsyning	En viktig del av konkurransegrunnlaget er konkrete krav knyttet til fysisk logistikk og forsyning. Stikkord her er pakningsstørrelse, leveringsbetingelser, differensiering av enhetspriser, leveringssteder og -frekvens. Standardiserte krav bør i størst mulig grad benyttes.	
Prosess	2.5 Utarbeide tildelingskriterier	Utarbeidelse av tildelingskriteriene for konkurransegrunnlaget	
Prosess	2.6 Utarbeide kravspesifikasjon	Fagpersonene i prosjektgruppa er hovedansvarlige for å utarbeide kravspesifikasjonen. Prosjektleder vil fungere som rådgiver i forhold til form og overordnet innhold.	
Prosess	2.7 Sende konkurransegrunnlag m/vedlegg til informasjon	Når konkurransegrunnlaget er utarbeidet sendes det på høring til fagmiljøene i alle aktuelle helseforetak.	e-post
Prosess	2.8 Lese gjennom konkurransegrunnlag	Gjennomlesningen av innkjøpssjefer på HF og eventuelle tilbakemeldinger skal skje innen 10 arbeidsdager fra utseending.	
Prosess	2.9 Vurdere innspill og ferdigstille konkurransegrunnlag	Prosjektgruppen vurderer eventuelle innspill fra høringsrunden og ferdigstiller konkurransegrunnlaget med vedlegg	
Prosess	2.10 Juridisk kvalitetssikring	Det er viktig at all kvalitetssikring foregår i selve prosjektet, ikke i styringsgruppen.	
Prosess	2.11 Godkjenne konkurransegrunnlag	Styringsgruppen gjennomgår i korte trekk og godkjenner konkurransegrunnlaget.	
Beslutning	2.12 Prosjektplan godkjent?	Kan prosjektplanen godkjennes av styringsgruppen?	
Prosess	2.13 Utlysning av konkurranse	Konkurransen utlyses på Doffin (og TED) etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser	

### 3. Evaluere tilbud

Prosess-  
beskrivelse



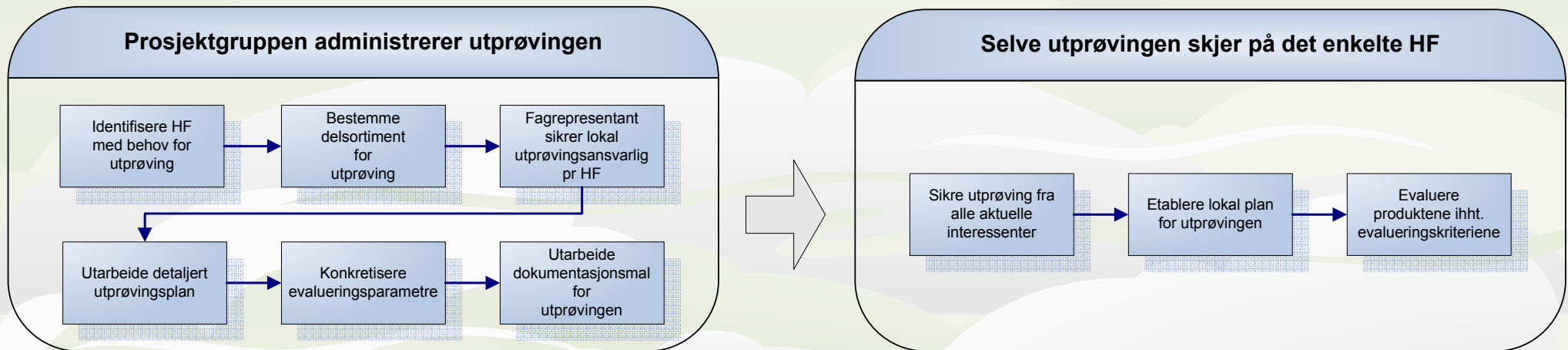


# Prosessbeskrivelse – Evaluere tilbud

Til flytskjema

Aktivitets-type	Tekst	Beskrivelse	Kommunikasjon
Prosess	3.1 Motta tilbud og sammenstille merkantile betingelser	Prosjektleder er ansvarlig for å følge opp eventuelle henvendelser fra tilbyderne i tilbudsperioden. Ved tilbudsfristens utløp er videre prosjektleder ansvarlig for mottak og registrering av innkomne tilbud. Deretter sørger prosjektleder for en første, merkantil sammenstilling av innholdet i tilbudene. Videre vil prosjektleder sørge for nødvendig distribusjon av tilbudene til prosjektgruppens medlemmer.	
Prosess	3.2 Gjennomføre evalueringsmøte(r)	Etter innkomne tilbud sammenkaller prosjektleder typisk til et første evalueringsmøte der prosjektgruppen samles. Gjennom det videre evalueringsarbeidet kan det være behov for ytterligere møter.	Møter, e-post, telefonmøter
Prosess	3.3 Evaluere fag, kvalitet, rukervennlighet, etc.	Fagrepresentantene i prosjektet er ansvarlig for den faglige vurderingen av de innkomne tilbud. Herunder ligger typisk kriterier som kvalitet, brukervennlighet, funksjonalitet, etc.	
Prosess	3.4 Dialog med lokale interessanter	Fagrepresentantene må sørge for den nødvendige løpende forankring og informasjonsutveksling mot aktuelle fagmiljøer i alle aktuelle HF. I tillegg kan man konsultere lokal merkantil representant etter behov.	Løpende dialog
Prosess	3.5 Samarbeide med lokal fagrepresentant	De lokal særinteressene må forventes å bidra aktivt til å melde behov, ønsker og vurderinger til sin representant i det regionale prosjektet.	
Beslutning	3.6 Behov for utprøving?	Basert på en samlet vurdering av alle tildelingskriteriene, herunder bl.a. resultatene fra evt utprøving, vil prosjektgruppen utarbeide innstilling mht valg av leverandør.	
Prosess	3.7 Administrere utprøving	Se detaljert beskrivelse	
Definert prosess	3.8 Gjennomføre utprøving	Se detaljert beskrivelse	
Definert prosess	3.9 Dokumentere utprøving	Dokumentere utprøving i henhold til dokumentasjonsmal	
Beslutning	3.10 Foreløpig evaluering av elektronisk varekatalog	Parallelt med utprøvingen bør prosjektleder foreta en foreløpig evaluering av kvaliteten på oversendt elektronisk varekatalog. Åpenbare feil og mangler bør bes korrigert umiddelbart, men man venter til innstilling før man gjør mer arbeidskrevende feilrettinger.	
Prosess	3.11 Utarbeide innstilling	Basert på en samlet vurdering av alle tildelingskriteriene, herunder bl.a. resultatene fra evt utprøving, vil prosjektgruppen utarbeide innstilling mht valg av leverandør. Innstillingen bør inneholde konkret oversikt over hvilke(n) leverandør(er) som innstilles for hver enkelt av områdene i sortimentet.	
Prosess	3.12 Innstilling til orientering/ informasjon	Innstillingen sendes på høring. Dette gjøres pr e-post.	E-post
Prosess	3.13 Lese gjennom innstilling	Høringsfristen fra utsending av innstilling skal være på minimum 5 arbeidsdager	
Prosess	3.14 Vurdere innspill og ferdigstille innstilling	Etter høringsrunden må prosjektgruppen vurdere evt innspill, tilbakemeldinger og motforestillinger mot forslag til kontraktstildeling.	
Beslutning	3.15 Enighet om innstilling?	Dersom prosjektgruppen mot formodning ikke klarer å komme til enighet mht innstilling, så oversendes saken til Styringsgruppen.	
Prosess	3.16 Bestemme endelig innstilling	Styringsgruppen tar stilling til endelig innstilling dersom det er dissens i prosjektgruppen.	
Prosess	3.17 Godkjenne innstilling	Endelig beslutning fra styringsgruppe	

# Utprøving



## Detaljer

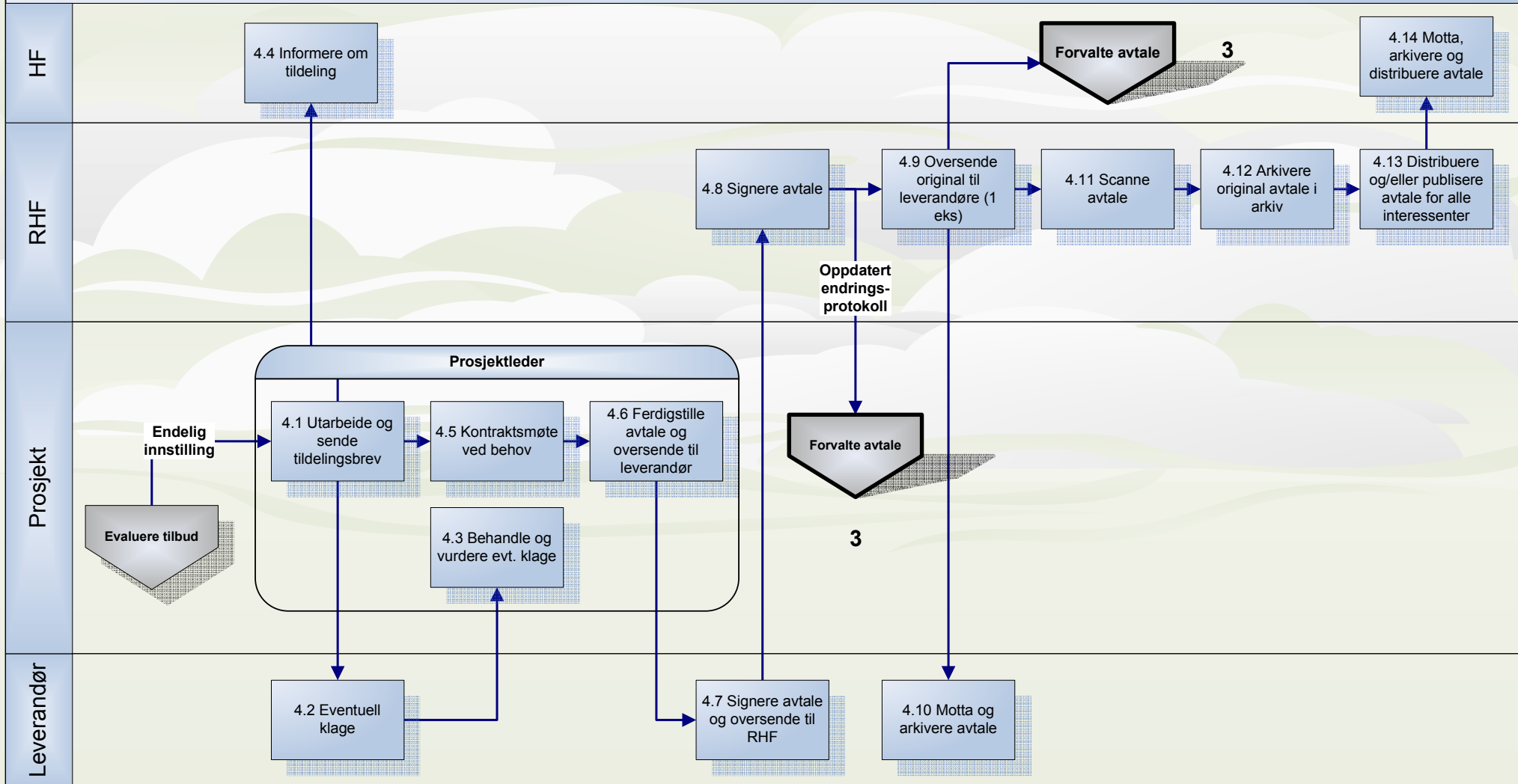
- Med utgangspunkt i antall fagmiljøer som benytter aktuelt sortiment i dag, identifiseres HF med behov for utprøving
- Viktig her å huske at utprøving har to hovedformål: (1) Reell utprøving og vurdering av produkter ingen har tidligere erfaring med. (2) Utprøving for å involvere brukere, forankre endelig valg og redusere motstand mot standardisering/bytte av leverandør/produkt.
- Fagrepresentantene i prosjektgruppen bestemmer delsortiment for utprøving ved de aktuelle HF – alle trenger ikke prøve ut alt.
- Fagrepresentant sikrer at det enkelte HF utpeker en overordnet ansvarlig for den praktiske utprøvingen
- Prosjektgruppen utarbeider en detaljert utprøvningsplan
- Evalueringsparametrene må konkretiseres med utgangspunkt i tildelingskriteriene fra konkurransegrunnlaget
- Evalueringsparametrene konkretiseres i form av en mal for dokumentasjon av utprøvingen

## Detaljer

- Den lokalt ansvarlige for utprøvingen må sikre at alle viktige interessenter og brukergrupper får mulighet til å delta i utprøvingen
- Her er det spesielt viktig at personer med høy faglig autoritet blir involvert i utprøvingen
- Alle som er involvert i utprøvingen bør gjøres kjent med innholdet i evalueringsdokumentasjonen, slik at man har et klart bilde over kriteriene produktene skal evalueres etter.

# 4. Inngå avtale

Prosess-  
beskrivelse



# Prosessbeskrivelse - Inngå avtale

Tilbake til flytskjema

Aktivitets-type	Tekst	Beskrivelse	Kommunikasjon
Prosess	4.1 Utarbeide og sende tildelingsbrev	Endelig innstilling betyr at valg er foretatt, og prosjektleder kan dermed sende ut tildelingsbrev. Viktig å huske god og detaljert begrunnelse for valg til leverandørene som ikke nådde opp. Hovedregelen er at begrunnelsen skal være tilstrekkelig til at beslutningen kan etterprøves av leverandør.	Brev
Prosess	4.2 Eventuelt klage	Klagefristen er normalt minimum 10 arbeidsdager.	
Prosess	4.3 Behandle og vurdere evt klage	Prosjektgruppen og Styringsgruppen informeres. Dersom det mottas signaler om mulig klage kan det være smart å gå i dialog med aktuell leverandør, slik at man unngår klager som kun skyldes misforståelser eller manglende informasjon. Det skal tas stilling til behov for juridisk bistand.	
Prosess	4.4 Informere om tildeling	Informering om tildeling	Intranett
Prosess	4.5 Kontraktsmøte ved behov	Det må vurderes om det er behov for å gjennomføre kontraktsmøte med leverandøren, spesielt ved komplekse anskaffelser, for å sikre at partene har en omforent forståelse av rettigheter og plikter i avtalen. Ved vurdering av behov for kontraktsmøte skal også leverandørens behov legges til grunn.	
Prosess	4.6 Ferdigstille avtale og oversende til leverandør	Prosjektleder ferdigstiller avtaledokumentene ihht retningslinjer nedfelt i konkurransegrunnlaget. Avtaler utarbeides i minimum 2 eksemplarer. Begge avtaleeksemplarene oversendes leverandør pr post. Følgeskriv fra prosjektleder skal følge avtalene til partene har signert avtalen.	Brev
Prosess	4.7 Signere avtale og oversende til RHF	Så snart som mulig etter å ha mottatt avtaledokumentene underskriver leverandør avtalen og oversender to eksemplarer til RHF. Følgeskriv fra prosjektleder skal følge avtalene til partene har signert avtalen.	Brev
Prosess	4.8 Signere avtale (2 eks.)	AD i RHF signerer avtalen. Viktig å sikre at denne aktiviteten ikke blir en flaskehals i forhold til å starte arbeidet med å implementere den nye avtalen. Følgeskriv fra prosjektleder skal følge avtalene til partene har signert avtalen.	Brev
Prosess	4.9 Oversende original til leverandør (1 eks.)	Ett avtaleeksemplar sendes tilbake til leverandør. Det samme gjelder ved endringer i eksisterende avtale (tillegg til avtalens endringsprotokoll). Følgeskriv fra prosjektleder skal følge avtalene til partene har signert avtalen.	Brev
Prosess	4.10 Motta og arkivere avtale	Leverandør mottar og arkiverer avtale.	Brev
Prosess	4.11 Scanne avtale	RHF's eget avtaleeksemplar scannes og lagres, helst i pdf-format.	
Prosess	4.12 Arkivere original avtale i kontraktsarkiv	Original avtaledokument i papirversjon arkiveres i henhold til standard rutine på fysisk arkiv hos RHF.	
Prosess	4.13 Distribuere og/eller publisere avtale for alle interessenter	RHF sørger for at den nye avtalen distribueres eller publiseres (i pdf-versjon) slik at alle underliggende HF får informasjon om avtalen og tilgang til selve avtaledokumentet.	E-post, RHF Intranett
Prosess	4.14 Motta, arkivere og distribuere avtale	Det enkelte HF sørger for nødvendig arkivering, distribuering og publisering av avtalen internt på eget HF, etter egne lokale rutiner og etter behov.	E-post, HF intranett

## Vedlegg 2

### Intervjuguiden

#### Innkjøpsleder:

1. Kjønn, alder, stilling – hvor lenge?
2. Hvilke typer anskaffelser foretar man, samt hvilke innkjøpsstørrelser dreier det seg om?
3. Hvordan i grove trekk internkontrollen for hele virksomheten er?
4. Hvilke former for internkontroll i forhold til offentlige anskaffelser finnes i virksomheten?
5. Hvem har hovedansvaret for at tiltak blir fulgt opp?
6. Fungerer internkontrollen som den skal, eller er det ting man kunne tenke seg å endre på?
7. Er det noe som oppleves som spesielt vanskelig i forhold til overholdelse av internkontroll (i forhold til off.ansk.)?
8. Hvilke tiltak tror du kunne vært med på å styrke internkontrollen i deres virksomhet (i forhold til anskaffelsesprosessen), og forhindre lovbrudd på anskaffelsesregelverket?
9. Har man utarbeidet en plan for hvordan innkjøp skal foretas?
10. Hvor mange er involvert i en innkjøpsprosess?
11. Har innkjøperne god nok kompetanse, og gjør man noe konkret for å heve innkjøpernes kompetanse?
12. Hvordan blir innkjøpsfunksjonen oppfattet av ledelsen og resten av virksomheten?
13. Hvordan blir de etiske kravene ivaretatt?

Styreleder:

Lov om helseforetak § 28 sier “Forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet”. Dette inkluderer blant annet internkontroll som vår oppgave handler om.

1. Hvordan kjennskap har styret til internkontroll og anskaffelser i Helse Nord?
2. Hvilken rolle har styret i forbindelse med anskaffelser i Helse Nord?
3. På hvilken måte utøver styret sitt påse ansvar for å forsikre seg om at internkontrollen rundt anskaffelsesprosesser er god nok?
4. Hvilken type informasjon/ rapportering mottar dere i forhold til anskaffelser og internkontroll, og på hvilke måter kan dere forsikre dere om at mottatt informasjon er tilstrekkelig som beslutningsgrunnlag?
5. Hva synes styret om at det er ulik praksis for internkontroll i de ulike juridiske enhetene?
6. Hva gjør dere for å påse at etiske forhold i virksomheten blir ivaretatt?

Administrerende direktør:

1. Hvilke betraktninger gjør du deg vedrørende temaet offentlige anskaffelser?
2. Hva er særlig utfordrende og hvorfor?
3. Hva er spesielt viktig etter ditt syn når Helse Nord skal gjennomføre innkjøp (off. ansk.)?
4. Hvordan håndteres feil og mangler som blir rapportert fra interne og eksterne kilder?
5. Hva gjør du for å se til at internkontrollen er på et dekkende/tilfredsstillende nivå?
6. Hva gjør man hvis det viser seg at en anskaffelse påfører Helse Nord kostnader og tap?
7. Har man etablert noen form for kontrollaktiviteter som kan sikre at innkjøp ene tilfredsstillende behovene eller ikke?
8. Hvilke anskaffelser representerer størst usikkerhet i forhold til den kvaliteten man sitter igjen med?
9. Har man noen form for rapporterings eller kommunikasjonsrutiner i virksomheten?

Internrevisor:

1. Bør anskaffelsesprosessen være integrert i internkontrollen, og på eventuelt hvilken måte?
2. Er anskaffelser integrert i internkontrollen i Helse Nord, og hvordan er dette i så fall gjort?
3. Finnes det eksterne lover og regler for hvordan internkontrollen skal følges opp, og som virksomheten må forholde seg til?
4. Har dere noe internt rammeverk for hvordan dere gjennomfører internkontroll?
5. Hvordan prioriteres internkontroll av anskaffelser og tilhørende prosesser av internrevisjonen?
6. Vi vet at det settes ned prosjektgrupper for større innkjøp, er det noen som kontrollerer det arbeidet disse gruppene gjør?
7. Hva oppleves som spesielt utfordrende i forbindelse med internkontroll av anskaffelser?
8. Er det rapportert feil og avvik fra tilsyns- og kontrollmyndigheter? Hva gjøres eventuelt for å rette opp disse?
9. Hvilke områder innenfor internkontroll fokuseres det mest på?
10. Har du eventuelt forslag til noen endringstiltak i forhold til integrering av anskaffelser i internkontrollen til Helse Nord?

Konstituert eierdirektør:

1. Hva er din rolle i forhold til internkontroll i helse Nord?
2. Er internkontrollen knyttet opp mot anskaffelser?
3. Hva oppfatter du som mest utfordrende i forhold til internkontrollen rundt anskaffelsene?
4. Brukes internkontrollen rundt anskaffelser til risikostyring?
5. Hvilken type rapportering mottar du om internkontrollen rundt anskaffelser?
6. Er denne rapporteringen omfattende nok til å vite at internkontrollen av anskaffelser er god nok?
7. Kan du si noe om hvilke områder innenfor internkontrollen rundt anskaffelser som har forbedringspotensiale, eventuelt hva som fungerer bra?
8. Er ansvarsfordelingen rundt anskaffelser bygd opp på en måte som gjør at internkontrollen blir ivaretatt på best mulig måte?

