BACHELOROPPGAVE

Emnekode: ØKO390

Navn: Hilde Børstad Melhus

Hvordan kan Helse Nord-Trøndelag HF bli bedre på kontraktsforvaltning?

Dato: 30.05.16

Totalt antall sider: 29

NORD universitet

www.nord.no

SAMTYKKE TIL BRUK AV PROSJEKT, KANDIDAT-, BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER

Forfatter(e): Hilde Børstad Melhus

Norsk tittel: Hvordan kan Helse Nord-Trøndelag bli bedre på kontraktsforvaltning?

Engelsk tittel: How can Helse Nord-Trøndelag be a better contractmanager?

Studieprogram:

Emnekode og navn: ØKO 390 Bacheloroppgave

[x] **Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, Nords' åpne arkiv**

[ ] **Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre**

Kan frigis fra: _____

Dato: 27.05.2016

_____Hilde B Melhus _____ **_____**

Sign underskrift **underskrift**

FORORD

Det som i fjor høst virket som en god ide, å melde seg opp til bachelor-oppgave samtidig som man meldte seg opp til et annet deltidsstudie, har ikke fremstått som en like god ide den siste måneden. Men har prøvd etter beste evne.

Det har vært en lærerik prosess, og min respekt for mine kolleger i Helse Nord-Trøndelag HF har ikke blitt mindre etter denne prosessen. De har stilt opp, og de gjør sitt beste hver dag for at pasientene skal få det beste tilbudet.

Vil takke mine foreldre for å ha gjort meg målbevist, min familie for å holde ut med min målbevisthet og det norske samfunn for å gi meg muligheter til å gjennomføre.

Framverran 2016

Hilde Melhus

Innholdsfortegnelse

FORORD ii
Innholdsfortegnelse iii
Innledning 1
Bakgrunn og formål med oppgaven 1
Presentasjon av organisasjonen – og min rolle 1
Mål, strategi og organisering av innkjøpsfunksjonen i Helse Nord-Trøndelag HF 2
- Min rolle 2
Avgrensinger 2
Problemstilling 3
TEORI 4
Hva er kontraktsforvaltning? 4
Organisasjonsteori 4
Strukturteorier 4
Beslutningsteorier 5
Den strategiske beslutningsmodellen: 6
STYRING OG KONTROLL 6
Bruk av stabs- og støttefunksjoner 7
METODE 8
Kvalitativ forskning 8
Validitet og relabilitet 9
ANALYSE: 11
VEILEDNINGS/-INTERVJUGUIDE 12
EMPIRI – INNSAMLET DATA 13
Intervjuobjekt 1 13
Intervjuobjekt 2 14
Intervjuobjekt 3 15
Intervjuobjekt 4 16
Intervjuobjekt 5 17
En oppsummering av svarene i intervjuene. 18
DRØFTING: 20
Konklusjon 24
Litteraturliste 25

Innledning

Bakgrunn og formål med oppgaven

Kontrakter inngås blant annet for at man skal utnytte pengene på en best mulig måte. En kontrakt skal sikre at man får den optimale tjeneste eller produkt innenfor de økonomiske rammene man har, for å sikre en stabil og forutsigbar leveranse. En forutsetning for at man skal få de gevinstene en kontrakt skal sikre deg, er god implementering. Mangelfull implementering vil gi reduserte kontraktsgevinster. God kontraktsforvaltning vil derfor være en viktig del av ressursbruken og økonomistyringen i ett foretak. Hva er det som påvirker kontraktsforvaltningen og hva kan man gjøre for å bli bedre på dette?

Presentasjon av organisasjonen – og min rolle

Helse Nord-Trøndelag HF (heretter kalt HNT) består av Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Stjørdal og DPS Kolvereid. HNT er ett selvstendig helseforetak, men er ett av de tre forvaltningsnivåene helsenorge er organisert under. Det er Helse – og sosialdepartementet som er det øverste nivået, Helse Midt-Norge RHF som er det regionale foretaket og nivå 2. Og til slutt kommer HNT som det lokale foretaket på nivå 3.

I HNT er innkjøp delt inn i to typer innkjøp. Operasjonelt innkjøp som er avrop på rammeavtaler forbruksvarer og innkjøp av skaffevarer til en verdi opp til 100.000,-, og det er strategisk innkjøp som er investeringer over 100.000,- kroner og inngåelse av rammeavtaler på varer og tjenester.

I HNT omsettes det for ca 40 millioner fra foretakets sentrallager. Dette er summen som foretaket bruker på forbruksvarer, bestilt ut fra kontrakter eller småkjøp uten avtale/skaffevarer. I tillegg investeres det hvert år for mellom 60 og 90 millioner. Det sier seg selv at med en omsetning på over 100 millioner, er det viktig at man får riktig vare og tjeneste til riktig pris. Og det er også viktig at kontraktene som inngås, forvaltes på en best mulig måte.

Alle innkjøpsavdelingene i de lokale helseforetakene i region Midt-Norge, jobber i nettverk sammen med innkjøperne i det regionale foretaket. Innkjøperne som er ansatt i det regionale foretaket, samt enkeltressurser fra de lokale foretakene, jobber med regionale avtaler, fortrinnsvis på forbruksvarer. I tillegg kommer det avtaler på ulike produkter og tjenester som er utarbeidet av Hinas as, som er Helseforetakenes INnkjøpsorganisasjon AS.

Mål, strategi og organisering av innkjøpsfunksjonen i Helse Nord-Trøndelag HF

- Styret for HNT har vedtatt mål og strategier for innkjøpsområdet som er en oppfølging av vedtak i Helse Midt-Norge RHF. Strategien er at anskaffelsene skal samordnes, være økonomisk mest fordelaktig, basert på tilgjengelig kompatibel teknologi når det er nødvendig og være forankret i innkjøpsfunksjonen.
- Videre har HNT sagt at for å kunne gjennomføre «det gode innkjøp» er det nødvendig å forbedre ledelsesforankringen, organiseringen og kompetansen, herunder ressurstilgangen. Gjennomføring av gode anskaffelser fokuserer på alle faser av prosessen – fra planlegging til implementering og oppfølging. Helse Nord-Trøndelag har derfor utarbeidet en egen innkjøpshåndbok, som grunnlag i videreutviklingen av arbeidet med offentlige anskaffelser.
- Disse punktene drøftes videre i drøftingskapitlet, sett i sammenheng med de funnene som ble gjort i intervjurunden.

- Min rolle

Jeg jobber med strategisk innkjøp i HNT, og ser ofte eksempler på dårlig kontraktsforvaltning. Avdelinger kjøper andre produkter enn det som er på avtale, man får feil pris på varene og tjenestene, eller avdelingene kjenner ikke til hvilken leverandør det er inngått avtale med. Derfor vil det være spennende å se på problemstillingen «hvordan kan HNT bli bedre på kontraktsforvaling?».

Avgrensinger

I januar 2016 ble Sykehusinnkjøp HF etablert. Hva, hvem og hvordan dette skal organiseres og struktureres er ikke vedtatt i skrivende stund, og er derfor ikke med i vurderingene i denne oppgaven.

Etter to utsettelser, innføres nytt logistikk – og økonomisystem i Helse Midt-Norge den 30.05.2016. Som en følge av dette nye felles logistikk – og økonomisystemet for hele Helse Midt-Norge, er det etablert et eget driftssenter i Helse Midt-Norge som skal ha ansvaret for drift og vedlikehold av felles artikkelregister, som inneholder all informasjon om alle produkter og leverandører, og som også vil være en vesentlig del av den fremtidige kontraktsforvaltningen. Dette er heller ikke tatt med i betraktning av noe vesentlig grad i denne oppgaven.

Problemstilling

Etter at avtaleforberedelsen er utført, avtalen er underskrevet og skal effektueres, kommer vi i prosessen med forvaltning av kontrakten. Leverandører skal følges opp, innholdet i kontrakten skal følges opp, det kan være endringer i avtalene, kontrakter skal avsluttes og det skal være sluttevalueringer.

Hvilken betydning har kontraktsforvaltningen for helseforetaket? Hvilken status har den pr i dag? Hvordan fungerer implementeringen av avtaler, hvordan er avtalelojaliteten og hva må helseforetaket gjøre for å vedlikeholde eller optimalisere denne prosessen? Hvordan kan HNT bli bedre på kontraktsforvaltning? Hva er det HNT kan oppnå med å bli bedre på kontraktsforvaltning?

For å få fornøyde brukere, som holder en høy grad av avtalelojalitet og som gir foretaket økonomiske gjevinster er kontraktsforvaltningen viktig. Implementering av avtalene, god kommunikasjon med leverandørene for å sikre god endringsstyring. Og en sluttevaluering for å ta nytte av erfaringer.

Foretaket er delt inn i 10 selvstendige klinikker, som ledes av en klinikkleder med fult budsjettansvar for sin klinikk. Hva er konsekvensene for disse klinikkene og da også for foretaket, om HNT ikke er gode på kontraktsforvaltning? Hva betyr kontraktsforvaltningen for dem?

Tesen er «Hvordan kan Helse Nord-Trøndelag HF bli bedre på kontraktsforvaltning?»

For å finne svar på dette vil jeg foreta intervju med strategiske personer i Helse Nord-Trøndelag, som for eksempel innkjøpsleder, klinikkledere, avdelingsledere og andre personer med bestillingsansvar.

For å finne ut hvordan HNT kan bli bedre på kontraktsforvaltning, må vi se på dagens organisering, hvordan er HNT strukturert og hva er det som må til for å bli bedre.

TEORI

Hva er kontraktsforvaltning?

Virksomheter har ofte kontrakter som går over flere år. Både oppdragsgiver og leverandør ønsker at kontrakten skal være mest mulig tilpasset. Denne vurderingen og tilpasningen er det vi kaller kontraktsforvaltning. Kontraktsforvaltningen kan deles inn i fire aktiviteter; leverandøroppfølging, endringsstyring, avslutte kontrakt og evaluering.

Kontraktsforvaltning er i følge www.difi.no utgangspunktet regulert gjennom den inngåtte avtale med de tilpasninger som gjøres i arbeidet under kontraktsetableringen. Kontraktsforvaltningen er ofte knyttet til rollen kontraktsforvalter, og denne personen er ofte den som har vært prosjektleder for denne anskaffelsen i HNT. HNT har ingen stillingshjemmel som kontraktsforvalter. Det er derfor viktig å ha gode rutiner på rapportering fra bestiller og bruker til kontraktsforvalter**.** Kontraktsforvalter kan ta med seg tilbakemeldinger inn i sin kommunikasjon med leverandøren og vurdere eventuelle tiltak for å avverge fremtidige avvik eller mislighold.

Gode effektive elektroniske støttesystemer til gjennomføring av anskaffelsesprosessen, som ehandel og efaktura, vil gi god og nøyaktig styringsinformasjon. I store komplekse organisasjoner kan en god overvåkning av leveransene være bort i mot umulig uten effektive elektroniske støttesystemer. Helse Midt-Norge innfører i månedsskiftet mai/juni SAP som nytt logistikk – og økonomissystem. Her vil det bli muligheter for å ta ut rapporter på hvilke leverandører som er sene med leveringen, som har priser avviker fra avtalen osv. Dette vil bli veldig praktisk og gjøre det mye enklere å holde kontroll på de lagerførte varene/ forbruksvarene.

Organisasjonsteori

Er læren om hvordan organisasjoner er bygd opp og hvordan de fungerer. Hvordan er HNT som organisasjon bygd opp? Hvordan ser organisasjonskartet ut, hvem og hvor blir beslutningene tatt? Hvilke strukturer er det som dominerer i Helse Nord-Trøndelag?

Strukturteorier

Strukturteoriene omhandler teorier (Jacobsen og Thorsvik 2013) hvordan organisasjonene er bygd opp, både når det gjelder organisering av produksjon og oppbygging av ledelsessystemer, for eksempel styring, koordinering og maktforhold. Dette vil jeg se på fordi jeg mener det er viktig å belyse hvem det er som tar avgjørelsene, hvem godkjenner at det handles utenfor avtale for eksempel? Hvordan blir investeringene koordinert og samkjørt?

Målet med en organisasjonsstruktur er å sørge for at alle i bedriften arbeider mot samme mål og koordinere enkeltinnsats til en større helhet.

I HNT er det funksjonsbaserte grupperinger av arbeidsoppgaver. Alle oppgaver er samlet ut fra deres hovedmål og de som benytter samme kunnskap og teknologi. I HNT kalles disse grupperingene for klinikker. Fordelen med en slik organisasjonsstruktur, er at det legger til rette for maksimal spesialisering, og man får mange stordriftsfordeler, og unngår dobbeltarbeid. Men ulempene med en slik organisering, er avdelingsegoismen, man kan få en manglende forståelse og interesse for andres arbeid, og samordningsarbeidet mellom avdelingene kan bli fraværende.

Beslutningsteorier

En beslutning kan defineres som et valg mellom ulike alternativer. En beslutning kan også betraktes som det endelige utfallet av en prosess. Hvem tar beslutningene om hva som skal anskaffes? Hvordan kan struktur og kultur påvirke beslutningsprosessene i HNT? Hvem er det som beslutter at vi kjøper produkter vi ikke har avtale på?

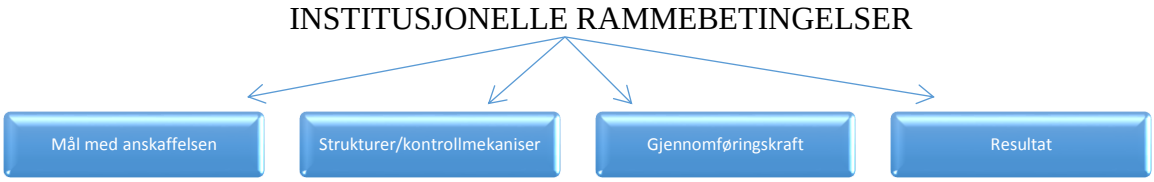
En beslutning innen innkjøpsfaget kommer oftest som ett resultat av en behovsanalyse med en kost/nytte-vurdering.

Behov oppstår – adferd – kost/nytte-vurdering – beslutning. (Se under for mer detaljert prosess) Den rasjonelle beslutningsmodellen av Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver den perfekte beslutningsprosessen. Modellen beskriver den reelle prosessen, og hvordan den ser ut opp i mot den perfekt beslutningsprosessen, hvordan den egentlig burde hvert.

Idealprosessen	**Den realistiske beslutningsprosessen**
Fanger opp alle viktige problemer, og får en tydelig oversikt over problemstillingen	Legger kun merke til kjente og fremtredende problemer som vi kan relatere til tidligere erfaringer.
Har en klar og objektiv oppfatning av problemet	Oppfattelsen av problemet avhenger mye av formuleringen av problemet. For eksempel kan det oppfattes om en trussel i stedet for å se på det som en mulighet.
Klare mål og preferanser, vet akkurat hva man vil	Mål er som oftest uklare og vage, og av også motstridende. Mål utarbeides etter at beslutningen er tatt – for å underbygge beslutningen

Samler all relevant informasjon om alle alternativer og kartlegger konsekvensene	Leter etter informasjon der den er lettest å finne, ser gjerne på hvordan man løste tidligere problemer
Velger det beste alternativet	Prøver å unngå å måtte ta et valg, da dette ofte vil skape konflikter. Et valg avhenger av problemformuleringen, og vi velger ofte bort risiko som an betyr at vi taper noe.
Beslutningen blir iverksatt etter intensjonen.	Beslutningen blir ikke iverksatt, men lagt bort i en «skuff».

Den strategiske beslutningsmodellen:



I følge Jan Ole Similä (2013) er det vi må ta hensyn til i alle disse fasene i beslutningsmodellen, de institusjonelle rammebetingelsene. I HNT er det først og fremst Lov om offentlige anskaffelser som er en viktig institusjon.

1) Hva er målet med anskaffelsen?
2) Hvilke strukturer – og kontrollmekaniser må etableres for at målet skal nås?
    a. Hvem tar beslutningen?
    b. Styringssystem som bidrar til planlegging, gjennomføring, kontroll og evaluering
3) Har foretaket kompetanse og organisatorisk kapasitet som er nødvendig for å sikre gjennomføringskraft?

STYRING OG KONTROLL

Henry Mitzberg beskriver valg mellom ulike koordineringsmekanismer langs en skala der man går fra en enkel og oversiktlig situasjon til en stadig mer kompleks og uoversiktlig situasjon. Etter hvert som kompleksiteten øker i organisasjonen, vil organisasjonen anvende flere og ulike koordineringsmekanismer, og strukturen vil dermed bli mer kompleks.

Bruk av stabs- og støttefunksjoner

Ofte er det nødvendig med stabs- og støttefunksjoner knyttet til ledelsen for å sette rammebetingelsene og gi retningslinjer for aktivitetene i organisasjonen. Linjeorganisasjonen er betegnelsen på det formelle hierarkiet av beslutningsmyndighet. Det betyr at en som sitter over en annen i linjen, kan bestemme over den under seg.

Staben derimot befinner seg på siden av linjeorganisasjonen. Staben opprettes som regel av to hovedgrunner. For det første har staben ofte oppgaver knyttet til å bistå ledelsen i å lede og styre organisasjonen. For eksempel kontroll av regnskap og å lage planer og rutiner. Denne typen staber kaller Mintzberg for teknostruktur. Teknostrukturen har en stor innflytelse på arbeidet som skjer i alle deler av organisasjonen, men de som jobber i staben, har ingen hierarkisk myndighet. Staben påvirker altså kun indirekte.

For andre har stabene ofte oppgaver knyttet til det som gjerne kalles fellesfunksjoner. Denne typen oppgave karakteriseres ved at de er rettet inn mot å hjelpe og bistå den operative delen av organisasjonen. Den medisintekniske funksjonen og strategiske innkjøpsfunksjonen er ikke underlagt staben, men en del av Serviceklinikken. Avdelingene er inn i linjeorganisasjonen, men i praksis har de en stabsfunksjon, da de er der for å hjelpe og bistå den operative delen av organisasjonen. De har ingen direkte beslutningsmyndighet.

METODE

I dette kapittelet ønsker jeg å redegjøre for hvilken vitenskapelig forskningsmetodisk tilnærming jeg anvender for å løse min problemstilling. Jeg velger å dele metodekapittelet opp i underkapitler. Først beskrives hvilken metode jeg anvender, og de fordeler og ulemper jeg mener vil kunne følge valgt metode.
Videre presenteres fremgangsmåten i datainnsamling og utvalgt data. Deretter avslutter jeg med en saklig kildekritisk vurdering av reliabiliteten og validitet til fremgangsmåten min.

Kvalitativ forskning

Tradisjonell forskning foregår ved hjelp av eksperimenter der den som forsker i størst mulig grad styrer vilkårene for det som det forskes på. Helst bør det gjøres mange undersøkelser slik at regelmessige tendenser kommer tydelig frem. Dette kaller Jacobsen (2000) for kvantitativ forskningsmetode. Slik forskning kan ikke brukes i alle situasjoner. I mitt tilfelle handler det om å analysere bevarelsene ut fra intervjuer jeg har gjennomført. Den eneste metoden jeg kan ta i bruk til dette er kvalitativ forskningsmetode som brukes når man vil undersøke et fenomen grundig og ikke kan gjøre serier med eksperimenter.

Bogdan & Bilken (1998) forklarer i sin bok at kvalitativ metode kan deles inn i to hovedgrupper. Den ene metoden er observasjon, som innebærer feltarbeid, men denne metoden passer ikke meg. Kan være vanskelig å observere hva objektene tenker.

Den andre typen forskning er dybdeintervjuer. Spørsmålene stilles som åpne spørsmål, i et forsøk på å få så mange detaljer og utredelser som mulig. Dette kan være en vanskelig øvelse, da det kan være en kunst i seg selv å stille åpne spørsmål, og unngå at disse blir ledende.

Grunnen til at jeg valgte dybdeintervju opp i mot en spørreundersøkelse for eksempel, er det flere årsaker til. Fordeler med spørreundersøkelser er at det er mer tidseffektivt, går fortere å svare på, man kan bruke nettbaserte verktøy for å gjennomføre undersøkelse og det er lett å lage rapporter på. Men ulempen er at man får kun svar på det man spør om, ikke det man ikke spør om, OM man får svar i det hele tatt. Ulempen ved statistiske data er at de vanskelig å analysere, forskjellene er ofte veldig små og har veldig liten praksis relevans. For respodenten føles den ofte veldig frustrerende, meningsløs, kjedelig og stressende. Og mange gjennomfører ikke undersøkelsen. Et intervju, hvor det sitter noen og hører på hva de faktisk sier, vil føles mer meningsfult for respodenten. Respondenten vil også ha anledning til å få

forklart hva som ligger i spørsmålet også, og gi svar på det som det faktisk spørres om, og samtidig gi et mer utfyllende svar som kan ha sammenheng og betydning for temaet. For en spørreundersøkelse trenger ikke alltid å være så selvforklarende, og man slipper å bli utsatt for semantiske problemer ved bruk av intervju. Vi får forklart hva spørsmålet betyr. Og når jeg foretar et intervju, må respodenten reflekter over hva jeg egentlig spør om, og svare på det. Ett spørreskjema åpner sjelden for kontradiksjoner, spenningsforhold, historier og myter, og alle disse punktene er definerende for en organisasjonskultur. Ulempen ved intervju, er at det kan være tidkrevende for intervjueren, med både forberedelser og gjennomføring. Intervjukompetanse, for å unngå ledende spørsmål for eksempel, trenger ikke å være tilstede. Det blir et lavt antall respodenter, og vanskelig å kunne generalisere spørsmålene. Men fordelene vil være at man kan skaffe seg dyp kunnskap om forholdene i organisasjonen, åpner i stor grad for kontradiksjoner, historier og myter, man avdekker det respodenten er opptatt av og ikke intervjueren, prosessen blir en organisasjonsutvikling i seg selv og resultatene vil være svært godt egnet til bruk i feedbackmøter og refleksjoner.

For å finne ut hvordan HNT kan bli bedre i kontraktsforvaltning, måtte jeg snakke med både brukere av produktene, personer som er i kontakt med og samarbeider med innkjøps- og forsyningsavdelingen, forsyningsavdelingen selv, og støttefunksjonen på produktnivå til brukerne og innkjøpsavdelingen. Jeg måtte finne ut hva de oppfattet som dagens situasjon, hva de mente om dagens situasjon, hva de mente hva vi var gode på allerede, og hva vi kunne bli bedre på for å få til en bedre forvaltning av kontraktene. Derfor har jeg valgt å gjennomføre dybdeintervju med sentrale personer.

Validitet og relabilitet

Jacobsen (2000) definerer validitet som gyldig og relevant empiri, som oppfattes riktig av utenforstående. Videre omhandler det om den informasjonen og undersøkelsene man gjør, faktisk er relevant for det fenomenet man ønsker å forske på. Holdbarhet, gyldighet og relevans er viktige stikkord.

Det ideelle hadde vært å intervjuet alle klinikklederne og dobbelt så mange avdelingsledere, og kanskje enda flere som jobber på MTA som støttefunksjon. Men tidsperspektivet tilsa at dette ikke var mulig, og ikke alle har vært like delaktige i innkjøpsprosessene som de som ble intervjuet. Dette fordi de ikke har samme grad av investeringsbehov, eller fordi de er nytilsatt. Dessuten har ofte en leder fått de tilbakemeldingene vi ønsket fra sine ansatte som han eller hun kunne ta med seg inn i intervjuet.

Kontraktsforvaltningen har et lengre tidsperspektiv for rammekontrakter, da dette er kontrakter som går over flere år, og vil ha større konsekvenser over tid om de ikke skulle fungere. Derfor burde intervjuet ha handlet litt mer hvordan forvaltningsarbeidet fungerte overfor kontraktene på forbruksvarer, som ofte er kontrakter som kommer fra enten regionalt eller nasjonalt innkjøpsorgan. Men prinsippene er de samme, og det er forsyningsavdelingen som har ansvaret for implementering og forvaltning av kontraktene uansett. Og forvaltningsarbeidet rundt rammeavtalene på forbruksvarer vil, når SAP (nytt logistikk – og økonomisystem) er innført, bli tillagt driftssenteret i Helse Midt-Norge. Så det vil helt sikkert bli endringer rundt disse prosessene uavhengig av HNT.

For å få et bredest mulig grunnlag, intervjuet jeg avdelingsledere, klinikkledere, noen fra Sykehuset Levanger og noen fra Sykehuset Namsos. Noen som representerte forsyningsavdelingen, noen som representerte serviceklinikken, og fra medisinsk – operasjon og barn/føde/barsel. Alle de som ble intervjuet har budsjettansvar og har vært delaktige i innkjøpsprosesser. De har også faglig ansvar og innkjøpsansvar på sin avdeling/klinikk, så god kontraktsforvaltningen vil være viktig for dem. De har erfaringer å se tilbake på, og kjenner i hverdagen hvor skoen trykker.

ANALYSE:
Når man er ferdig med innsamlingen av de kvalitative data, må man starte prosessen med å bryte ned funnene, og analysere disse. I min undersøkelse er dette notatene etter dybdeintervjuene med de ulike personene. I følge Jacobsen (2000) gjennomfører man en slik analyse gjennom tre hovedsteg.

Det første steget er å beskrive dataene man har funnet, så grundig og detaljert som mulig uten å farge informasjonen med egne oppfattelser. Dette er da de renskrevne notatene fra dybdeintervjuet.

Det andre steget er å systematisere og kategorisere svarene som man har fått. Her vil man sile ut og forenkle stoffet man har, for å få en bedre oversikt over det man har funnet. Jeg har her prøvd å sette svarene til de ulike intervjuobjektene strukturert og i sammenheng med hverandre.

Til slutt sammenbinder man de systematiserte opplysningene, og man kan begynne å lete etter meninger, årsaker, forsøke å generalisere og lage en orden i de data man har funnet. Det er i dette steget vi forsøker å finne det mer skjulte, men også de mest interessante forholdene. I min undersøkelse er dette fasen hvor jeg vil lete etter mulige mønster eller regelmessigheter i svarene. Og da er det svarene på hvordan HNT kan bli bedre på kontraktsforvaltning jeg ser etter.

VEILEDNINGS/-INTERVJUGUIDE

1. På hvilen måte er innkjøpsfunksjonen i HNT viktig for at HNT skal nå sine mål?
2. Hvilke tanker har du om HNT's innkjøpsstrategi?

3. Hvilke tanker gjør du deg om HNT's styringssystem på innkjøpsområdet (beskrivelse av prosedyre og krav)?
   a) Hvor stort fokus bør det være på de ulike delprosessene; forundersøkelser, anskaffelsesprosessen, implementering og kontraktsforvaltningen?
   b) Når vi kommer til beslutningsprosessen; hvem er det som skal avgjøre hva som skal anskaffes? Hvem bør ta avgjørelsen? –MTA? Utstyrsutvalget? Klinikken?
   c) Hvor bør HNT ha fokuset? Miljø? Etikk? Økonomi? Innovasjon?
   d) Hvordan mener du en ideell anskaffelsesprosess ser ut?

4. Hvilke tanker har du omkring om hvordan man skal bedrive kontroll med innkjøpsprosesser?
5. Hvordan vil at HNT skal oppfattes av leverandørene med tanke på avtalelojalitet?
6. Konsekvenser for de som ikke holder avtaler?
7. Hvilke konsekvenser vil det bli for foretaket om avtaler ikke holdes?

8. Hva er innkjøpsavdelingen gode på?
9. Hva må innkjøpsavdelingen bli bedre på?
10. Hvordan skal innkjøpsavdelingen bli bedre på det?

Svarene er skrevet i stikkordsform, men pga at dette er et dybdeintervju, var det noen svar som fløt over i hverandre, noen svarte på flere spørsmål samtidig osv, så svarene trenger ikke å ha samme nummerering som spørsmålene.

EMPIRI – INNSAMLET DATA

Intervjuobjekt 1

1) Viktig for å få rett vare til tid. Riktig for ressursbruken i foretaket, og økonomisk fornuftig. Viktig for foretaket.
2) Kjenner til innkjøpsstrategien til HNT, og mener strategien om samordning, basert på tilgjengelig og kompatibel teknologi er viktig. Og at dette selvfølgelig skal kjøres via innkjøpsfunksjonen i foretaket. Dette er viktig for å utnytte ressursene på MTA bedre, med kjente produkter og det samme gjelder på avdelingene, samme produktene på alle avdelingene, så man kan bruke de om hverandre, og låne tilleggsutstyr av hverandre. Man får også samkjørt lager på reservedeler osv.
3) Bra at vi har ett styringssystem, gjenkjenner prosedyrer og maler som brukes. Bra lover og regler følges, godt å føle seg sikker på at prosessene følges, for å slippe unødvendig støy og ressursbruk.
4) Føler de tre første områdene brukes det nok tid på, men tror HNT kan bli bedre på kontraktsforvaltning.
5) Beslutningsprosessen; Mener foretaket burde hatt ett eget budsjett for «fellesprodukter» som ble utløst av behovsformidling av MTA. For lite samordning av innkjøp. Mye blir ad hoc-kjøp, og reparerer litt til i stedet for å kjøpe nytt. (Avdelingene blir ikke belastet kost med reparasjoner gjort av MTA)
6) HNT må ha ett bredt fokus. Gode på miljø, etikk og økonomi, da dette er krav i kravspesifikasjonen i dag. Når det gjelder innovasjon så holder fagfolkene seg, inkl MTA, oppdatert på hva som er nytt og kan stille krav deretter. Men vi er for små til å stå for selve utviklingen av nye løsninger.
7) Den ideelle anskaffelsesprosessen: Behov initieres (MTU-perspektiv) – brukere bevist sine brukskrav- innkjøp utformer kravspesifikasjon (MTA vs innkjøpsressurs) – trekke inn MTAressurs for å kvalitetssikre at det spørres etter riktig utstyr – må ha god tid – og må vite hva er det reelle behovet. Må være et godt samarbeid mellom bruker, innkjøp og MTA.
8) Kontrollansvar ligger hos innkjøpsavdelingen. MTA følger opp at avtalene holdes på punkter som service, opplæring, garantier etc. Må derfor få alle avtaler tilsendt.
9) Viktig at HNT blir oppfattet som en god kunde for å få de gode betingelsene. Konsekvenser for de som handler utenom avtale er det opp til ledelsen å avgjøre, men en konsekvens burde det være.

10) Hva vi er gode på : Mye – bortsett fra kontraktsforvaltning, utsendelse av avtaler og sluttføring av prosesser.
11) Bli bedre på; oppfølging, kontraktsforvaltning, utarbeidelse på kravspesifikasjoner
12) Hvordan bli bedre: Få på plass en rutine for utsendelse av avtaler som inngås.

Intervjuobjekt 2

1) Har økonomiaspektet i dette med anskaffelser. Følge opp leverandører og kontrakter, ha et godt samarbeid med leverandørene.
   Lojaliteten til avtalene er avhengig av implementeringsprosessen. Når det gjelder forbruksvarer så kommer det noen ganger produkter av for dårlig kvalitet.
   Avdelingene og klinikkene må inkluderes i større grad i anskaffelsesprosessene. Og orientere om prosessene som skal gå/har gått.
2) Kjenner ikke til den overordna strategien, men kjenne til kravene om miljø og etikk, pluss kjenner til reglene i grove trekk.
3) Angående beslutningsprosessene, så var det mange som misforsto når MTA fikk en pott for innkjøp av fellesutstyr. For dårlig kommunikasjon rundt budsjett og hva og hvem som skulle anskaffe hva, og hvem som skulle belastes dette.
   Trenger fortsatt hjelp fra MTA for å ha en oversikt over hvilket utstyr som er gammelt, hva som er modent for utskiftning og hva som MÅ skiftes ut.
   Det må en tettere dialog til for å få en god prosess. Blant annet på hvilket utstyr som skal skiftes ut eller hvor annen type utstyr skal inn i stedet. Endringsbehov på grunnlag endrede behandlingsprosesser, og oppdatering/utvikling av utstyr.
   God ide å se hele foretaket som en enhet, men beslutningene må ligge hos klinikkene.
4) Anbud/utprøving – evalueringskriteriene må legge mindre vekt på økonomi.
   Faggruppene må jobbe bedre med kravspesifikasjonene. Det er manglende kompetanse på hvordan man skal skrive en god kravspesifikasjon, ønsker mer bistand til dette.
5) Ikke forberedt på konsekvenser på hva operasjonelle innkjøpere har.
6) Viktig med avtalelojalitet med tanke på godt samarbeidsklima med leverandørene. Vil ikke argumentere for at avtaler skal brytes, men har forståelse for at de blir gjort det noen ganger.
7) Når et produkt ikke fungerer må avviksmeldingssystemet brukes.
8) Gode på; alt som i dag glir glatt. Stiller opp på forespørsel, gir råd og hjelp. Setter i gang prosessene fort. Serviceinnstilte.

9) Kan bli bedre på kommunikasjon, samkjøring og større involvering i budsjettprosessen. Enige om at vi vil hverandre vel.

Intervjuobjekt 3

1) Veldig viktig. Strategisk innkjøp sin oppgave er å forsyne HF med varer og utstyr, for å kunne behandle pasienter. SI sitt ansvar å opprette avtaler, avtalelojaliteten, riktig vare til riktig sted og pris.
2) HNT innkjøpsstrategi; Strategisk innkjøp i HF's innkjøpshåndbok. Om den blir fulgt? Stort sett, men litt å hente ved å komme tidligere inni budsjettprosessene. Burde hatt ett mer langsiktig budsjett. Lite framtidsrettet i dag, og mye ad hoc-kjøp.
3) Styringssystem; innkjøpshåndboka, ny versjon som er laget for alle på nasjonalt nivå. Prosedyrene i EQS.
4) Forarbeiderer/forundersøkelser; vi støtter oss her på fagfolkets forarbeider. Implementering mangler vi en plan på, det samme gjelder generell kontraktsforvaltning.

   Angående forbruksvarer så er det dårlig oppfølging av leverandørene, da mye av avtalene er utarbeidet av RHF eller HINAS. Håper på en bedre oppfølging når driftssenteret p å RHF er på plass. Implementering; leverandørene kommer på besøk, burde vært en bedre oppfølging på dette. Jobber for tiden med en ny prosedyre for kjøp utenom avtale.

5) Beslutningsprosessen; angående MTA-potten så var kommunikasjonen for dårlig, og det resulterte i manglende eierskap til innkjøpsprosessen. Det må være ett budsjett for hele foretaket. Avdelingene må melde inn behov, for så å behandle dette i ett produktråd som setter opp ett endelig investeringsbudsjett. Må se foretaket i ett, hvem som har det største behovet, og ikke hvem som roper høyest eller har hatt høyest avskrivninger. Avdelinger har tidligere blitt «straffet» for å ha spart. –da har de vist ikke noe stort behov. Dette krever en mer langsiktig investeringsplan. Utstyr som er gammelt og ødelagt burde vært planlagt skiftet ut, og er ikke noen god grunn til hasteinnkjøp.
6) Er medlemmer i IEH, foretaket er miljøsertifisert, og vi har budsjetter å forholde oss til. Foretaket er også med på innovasjon, da bærbare ultralydapparat er utviklet av to leger i foretaket. I tillegg en stor FOU-avdeling. Innkjøp lite inkludert i dette.

7) Grundig forarbeid – følere ut i markedet hele tiden.
   Kravspesifikasjoner som er gode og beskrivende.
   Tildelingskriterier. En god prosess som følger lover og regler.
   Evaluering – vurdere det vi har sagt vi skal vurdere. Få det beste for å dekke våre behov.
8) Avtalelojalitet viktig. Ny prosedyre når vi får innført SAP. Kjøp utenfor avtale må godkjennes av klinikkleder.
9) Gode på; lover og regler. Ingen klagesaker mot oss. Kjører prosessene godt. Det meste av innkjøp går via innkjøpsavdelingen.
10) Bedre på: Foranalyser, kravspesifikasjoner, evalueringskriterier, dokumentasjon og møtereferat.

Intervjuobjekt 4

1) Veldig viktig. Ha kontakt med leverandørene, har kompetanse på prosess. Innkjøp er ikke primæroppgave for avdelingene, og viktig at dette blir ivaretatt av fagfolk. Avdelingene burde være mer beviste på at innkjøp kan være en ressurs og til hjelp.
2) Har ikke kunnskap til innkjøpshåndboka.
3) Forundersøkelser, spørsmål og innspill til ledere, overlege.
4) Firma informerer selv, opplæring ok.
5) Hvem skal være med i innkjøpsprosessene? MTA bør ha mye å si om MTU, de som har kompetanse på dette området. Samarbeider godt med MTA. MTA sine vurderinger burde vektlegges høyt.
6) Kontakt med innkjøp – hva er behovet og hva vil vi ha? En god og åpen dialog.
   Forundersøkelse – hvilke alternativer finnes, gjøre denne øvelsen sammen.
   Være med når leverandørene kommer inn, større lojaliteten til vedtaket og forståelse for prosessene som foregår.
7) Avtalelojalitet: Vanskelig når man ikke er fornøyd med produktet. Bør ha en bedre kommunikasjon med leverandørene, tydeligere på hvilke behov man har. Vil gjøre/prøve alt for å ha et godt forhold til leverandørene.
8) Dialog med brukerne som vil ha andre produkter. Enklere hverdag for sykepleierne med mer standarisert utstyr.

9) Gode på: Fornøyd med samarbeidet. Alltid greit å ringe å snakke med innkjøpsavdelingen. Forsyningen av varer fra lageret er blitt bedre etter oppstart av aktiv forsyning.
10) Bedre på: Tidligere inn i prosessen. Kort samtale i forkant av prosessen om hva som skal skje, forventninger til ressurser som må inn i prosessen, behov for info osv. For å bedre samarbeidet kan det bli mer åpent og mindre formelt.

Intervjuobjekt 5

1) Ville ikke klart seg like godt uten innkjøpsavdelingen. Regler og prosesser som avdelingen ikke har kontroll på, og som innkjøp tar seg av.
2) Leverandørene i dialog, ikke sikkert at «gammel vane» alltid er best. Men må ikke glemme at noen ganger er det «gamle» best også.
3) Bedre på å definere hva som skal være med i kontrakten om oppfølging etter levering av utstyr.
   En mer tverrfaglig sammensatt gruppe. Blir for korte tidsfrister når man skal følge et budsjettår, og man ikke får budsjett før halve året er gått. Mangler en investeringsplan så man kunne planlagt prosessene bedre og hatt bedre tid. Kunne brukt mer tid på forberedelsene.
4) Avdelingene som må ta avgjørelsene i tett samarbeid med MTA. MTA må jobbe direkte mot avdelingene i stedet for å disponere egen pott.
5) God tid- helst året før – med MTA på laget og god tid til forberedelsene.
6) Avtalelojalitet: Vil ha mulighet til å handle hos andre leverandører, må ikke være for sterke bindinger til en leverandør. Vil handle der det er billigst. Forbruksvarer hos andre enn utstyrsleverandøren.
7) Det burde være konsekvenser for de som handler utenom avtale.
8) Gode på: God kommunikasjon med avdelingen, får tilbakemeldinger på hvordan det ligger an. Tar seg tid til dialog, og da får de de produktene de vil ha. Bra det må være skriftlige bestillinger, lett å spore.
9) Bedre på: Tar litt lang tid for å få skaffevarer/småbestillinger. Kan bli bedre på å gi tilbakemeldinger på leveringstider, totalpris, osv. Ønsker en oppsummering av ordrebekreftelsen. Kan være litt uklart hvem som er ansvarlig for å bestille småutstyret.

En oppsummering av svarene i intervjuene.

1) Alle synes innkjøp er en viktig funksjon i foretaket, som ivaretar lover og regler, og som kjører prosessene slik de skal. Innkjøp skal også ivareta kontraktsoppfølgingen for avdelingene, for å sikre godt leverandørsamarbeid og for at avdelingene skal få riktig vare tid rett tid, til riktig pris.
2) HNT har en tydelig innkjøpsstrategi, men det er ikke alle som kjenner til denne. De som kjenner til strategien, synes det er en god strategi. Strategien er god og legger vekt på de viktige tingene, samhandling, økonomi, kompatibel og tilgjengelig teknologi, og at det skal utføres av innkjøpsfunksjonen.
3) Foretaket har også et styringssystem i form av innkjøpshåndbok og prosedyrer i EQS (elektroniske kvalitetssystem) men ikke alle kjenner til dette i stor grad heller.
4) Alle delene i prosessen bør det brukes mye tid på, forarbeidet dekkes mye av fagfolkene. Selve anskaffelsesprosessen, implementeringen og kontraktsforvaltningen er det innkjøp som må bruke god tid på.
5) Tidsfordelingen på budsjettarbeid og anskaffelsesprosess bør fordeles annerledes. I dag kommer budsjettene alt for sent, og mange av anskaffelsene må utføres i løpet av kort tid. Mange anskaffelser samtidig, og få ressurser i innkjøpsavdelingen fører til at det faglige nivået synker på utførelsen. Alle mener budsjettene burde være mer fremsynt og ha ett lengre tidsperspektiv. Dette hadde ført til bedre tid til hvert enkelt stadium i anskaffelsesprosessen, og gitt mer tid til kontraktsforvaltning.
6) Beslutningsprosessen: Alle er enige om at MTA bør inkluderes og rådføres, men MTA bør ikke disponere penger til investeringer av fellesprodukter. Beslutningen må tas i avdelingen, i klinikken eller i produktrådet. Men det burde være en felles pott for fellesprodukter, som ikke går direkte på avdelingsbudsjettene.
7) Når det gjelder hvor HNT skal ha fokuset, så sier alle ja takk, alle deler. Etikk, miljø og økonomi viktigst, men også innovasjon der dette er hensiktsmessig og gjennomførbart med tanke på tid og ressurser.
8) Det alle trekker frem i den ideelle anskaffelsesprosessen er tidsperspektivet. God tid til forundersøkelser, god kommunikasjon og god tid til selve gjennomføringen av konkurransen. Men ikke minst, bedre oppfølging av leverandøren, informere brukere i bredere grad om innholdet i inngått avtale og hva dette i realiteten betyr for dem. Det savnes en prosedyre for implementering av avtaler. Oppfølging av kontrakt ut over dette ser det ikke som at noen tenker på i særlig stor grad som en del av innkjøpsprosessen.

9) Det er jevnt over enighet om at det er innkjøpsavdelingen som må ha kontrollen på innkjøpsprosessen. Det er de som sitter på kompetansen, og som har sin profesjon innenfor dette faget.
10) HNT bør og skal oppfattes som en lojal kunde. Men noen ønsker åpning for å handle der det er billigst, selv om det er avtale på produktet. Og flere har forståelse for at det blir handlet utenom avtale fordi produktene er for dårlige.
11) Konsekvensene for de som ikke holder seg til avtalene må komme ovenfra, men at det må være åpning for å kunne handle utenfor avtale for de som ønsker andre produkter av en eller annen årsak.
12) Det som innkjøpsfunksjonen er gode på er prosessgjennomføring,/prosjektstyring, følge lover og regler som vi er underlagt, gode på samarbeid, serviceinnstilte og en god sparringspartner.
13) Det som innkjøpsavdelingen må bli bedre på er foranalyser, dokumentasjon og møtereferat, kommunikasjon og deltakelse i budsjettarbeidet, oppfølging og forvaltning av kontraktene, og kontraktsimplementering.
14) Hvordan HNT skal bli bedre på dette, er ved å få en mer langsiktig budsjettplan. Det vil føre til en mer planlagt og forberedt bruk av tid og ressurser, og ressurser (tid) i innkjøpsavdelingen blir fristilt til bruk på kontraktsoppfølging. Inkludere MTA mer i kontraktsfasen og implementeringsfasen. Kommunisere ut resultatene av innkjøpsprosessene i en mye større grad. Komme med en prosedyre på avtaleimplementering og kontraktsforvaltning.

En kort oppsummering: HNT må få på plass en langsiktig investeringsplan utarbeidet i samarbeid med innkjøpsavdelingen og MTA i langt større grad. Men beslutningene må tas av klinikkene. Dette vil gi innkjøpsavdelingen bedre mulighet til å planlegg og organisere innkjøpene, og mulighet til å drive med oppfølging av leverandører og kontrakter i en langt større grad enn i dag. Og mulighet og tid til å kommunisere ut dette til klinikkene og brukerne.

DRØFTING:
Jeg har i denne oppgaven prøvd å finne ut hvordan HNT kan bli bedre på kontraktsforvaltning. Jeg vil belyse mine funn ved hjelp av ulike teorier.

Først vil jeg vise til organisasjonsstrukturen i HNT, hvilken funksjon innkjøp har og hvordan den i realiteten fungerer. Hvilke beslutningsteorier kan vi vise til i HNT? Hvordan blir beslutninger tatt?

Med dagens organisasjonsstruktur i HNT med funksjonsbasert oppgavedeling, delt opp i klinikker, ser alle avdelingene på seg selv som en selvstendig enhet. De er mer opptatt av å få størst mulig del av potten, og mest mulig ut av de pengene de får selvfølgelig, i stedet for å se på hele foretaket som èn enhet. Derfor er de også villig til å handle utenfor avtale for å få det som passer de best. Når helseforetaket har avtaler å forholde seg til, forplikter de seg å handle på disse avtalene. Noen produkter vil være av bedre kvalitet og billigere, og noen vil være dyrere enn om man går ut på det frie markedet og handler hver for seg. De fleste vil være med å dra nytte av de produktene og prisene som de tjener på, men er da villig til å gå utenfor avtale dersom dette skulle gagne de bedre i stedet for å holde seg til en avtale som ganger foretaket på lang sikt. Her kan spørsmålet være om problemet egentlig er for dårlig opplæring og generelt en for dårlig implementeringsprosess? Med en bedre rutine på tilbakemeldinger fra brukere til innkjøpsavdelingen på de eksisterende avtalene og produktene, så vil leverandør kanskje kunne komme med forslag til løsning om det er produkter som ikke passer den enkelte avdeling. Individuell tilpasning innenfor en avtale er en bedre løsning enn å gå utenom avtale. Dette er ting som innkjøpsavdelingen ikke tar seg tid til å jobbe med, da tidspresset på de ulike anskaffelsesprosessene er høye. For å få bedre tid til å utføre slike oppgaver er det avhengig av arbeidsmetoden på ledelsesnivå med budsjettarbeid.

Denne organisasjonsstrukturen gir klinikkene fordeler som felles kunnskap og teknologi som gir maksimal spesialisering, og som er tenkt skal gi stordriftsfordeler. Men ved å se på hele organisasjonen i ett, vil dette gi enda større stordriftsfordeler enn i dag. Som at man for eksempel har en rammeavtale på undersøkelseslamper, slik at man får standardisert denne type installasjoner i hele foretaket, man kan ha reservedeler liggende hos MTA, låne fra hverandre på tvers av klinikkene, og bedre priser enn å kjøpe en og en lampe. Innkjøpsstrategien til foretaket sier klart av samhandling av innkjøpene skal skje. Det vil si at klinikkene må se på hvordan de kan samkjøre anskaffelsene bedre. Og det er dette produktrådet også skal være en bidragsyter til. Med tanke på at innkjøp og MTA fungerer som en stabsfunksjon, funksjoner som skal være rådgivende og underbygge operasjonell drift til å

nå sine mål, burde disse funksjonene komme tidligere inn i budsjettarbeidet. MTA er med i det nyetablerte produktrådet, mens innkjøpsfunksjonen ikke kommer inn i prosessene før budsjettene er ferdige. Flere av intervjuobjektene nevner dette også, at de hadde sett fordelene med å få inn innkjøpsfunksjonene kompetanse i en tidligere fase. Ved å komme tidligere inn i budsjettfasen, så sitter innkjøpsavdelingen også med kunnskap om hva de andre foretakene kjører av anskaffelser, og det hadde vært mulig og fått inn anskaffelsene som opsjoner og benyttet seg av hverandres avtaler på tvers av foretakene. Samhandling på tvers av foretakene vil gi større økonomiske fordeler også. Samhandling er jo en del av strategien til HNT.

Med utgangspunkt i den rasjonelle beslutningsmodellen og organisasjonsstrukturen, hvordan blir beslutningene tatt i HNT? Forsøket fra i fjor med å la MTA disponere en pott for anskaffelse av fellesmidler, som for eksempel defibrillatorer, ekg-apparat, undersøkelses – og operasjonslamper, sug etc, ble kortvarig. Avdelingene og klinikkene ønsket ikke å bruke ressurser på å delta i en anskaffelsesprosess som de ikke har initiert selv. Selv om de kanskje fikk bruk for produktene i løpet av kort tid eller i løpet av noen år, så hadde de ikke eierskap til prosessen. Avdelingene og klinikkene vil derfor ta avgjørelsen og bestemme over sine egne budsjetter. At MTA sier at det er utstyr som MÅ skiftes ut, for at det tar for mye tid og ressurser å holde på å reparere og holde utstyret i forsvarlig stand, trenger ikke avdelingen å ta hensyn til dette. Når MTA får inn et oppdrag så blir ikke avdelingen belastet kostnadene for dette, så for de kan det være en måte å utsette utgiftene på. Men for foretaket vil ikke dette en være besparelse.

Høsten 2015 ble det opprettet et produktråd som skulle sette opp og fordele investeringsbudsjettet for hele foretaket. Her var alle klinikklederne, kvalitetssjefen og en representant for MTA delaktig. Budsjettet for 2016 ble klart i mai 2016. Før innkjøpsavdelingen får gjennomført et budsjettmøte med hver enkelt klinikk, for å gjennomgå deres prioriteringer, og for å få ett innblikk i hva som forventes av innkjøpsavdelingen dette året, vil vi være godt ut i juni måned.

Burde MTA og strategisk innkjøpsfunksjon vært inne tidligere i prosessen for å få en mer effektiv bruk av sine ressurser? En anskaffelsesprosess tar lang tid. Fra behovet er meldt til innkjøpsavdelingen til varene er levert, kan det gå opp til 6 måneder. Når alle investeringene blir meldt inn til innkjøpsavdelingen i juni, og skulle vært påbegynt i går, så fører dette til at mange anskaffelsesprosesser ikke blir utført på den mest rasjonelle måten. Om man ser på den rasjonelle beslutningsmodellen, så vil tidspresset føre til at man ofte ser på hva vi gjorde i fjor

og året før, kjøre det samme løpet, og satse på at det blir greit nok. En langsiktig budsjettplan bør utarbeides, og dette savnes også av lederne som har budsjettansvar. Bedre tid til hver anskaffelsesprosess, vil også gi et bedre resultat. Bedre tid til prosessene, vil også gi innkjøpsfunksjonen bedre tid til å utøve sin rolle som implementeringsansvarlig og kontraktsforvalter på en bedre måte. Dette er i dag funksjoner som alle nevner i intervjuene at innkjøpsavdelingen kan bli bedre på.

Kontroll på innkjøpsprosessene blir tillagt innkjøpsfunksjonen. I det ligger også kontroll på kjøp utenfor avtale. At innkjøpsfunksjonen som kan sammenlignes med en stabsfunksjon faktisk sitter med oppgaven å kontrollere innkjøpsprosessene, men ikke har myndighet til å nekte en avdeling eller klinikk til å handle utenfor avtale er litt spesielt. Men det som blir gjort nå, er at det er etablert en prosedyre for handel utenfor avtale. Denne belyser de økonomiske konsekvensene for foretaket, og avgjørelsen må tas på klinikkledernivå. Denne prosedyren vil forhåpentligvis være med å øke avtalelojaliteten til foretaket.

Den perfekte anskaffelsesprosessen beskrives av alle intervjuobjektene som en prosess med rimelig god tid til alle delprosessene. Beskrivelsen de kommer med er veldig lik den realistiske beslutningsprosessen som er beskrevet i den rasjonelle beslutningsmodellen.

Det kommer også fram at innkjøpsfunksjonen er gode mye mange områder. De er gode prosjektdrivere, gode på lover og regler, gode i anskaffelsesprosessen.

Men de har også ett forbedringspotensiale på noen omårder. . De kan bli bedre på kommunikasjon, implementering og kontraktsforvaltning. Kommunikasjonen er en del av implementeringen og kontraktsforvaltningen. Innkjøpsavdelingen må bli bedre på å kommunisere ut hvilke prosjekter som foregår på regionalt og nasjonalt nivå, hva er det som brukerne kan forvente seg av nye avtaler i fremtiden. Hvilke avtaler er inngått og er gjeldende? Hva vil avtalene ha av konsekvenser for MTA, og eksisterende medisinteknisk utstyr? Alle burde vite hvor de kan finne en enkel og grei oversikt over hvilke avtaler som gjelder.

Sitat HNTs innkjøpshåndbok i kapitlet om implementering: «Alle nye avtaler legges ut på virksomhetsportalen. I tillegg formidles informasjon om avtalen via e-post. Avdelingene er selv ansvarlig for å sikre at nye avtaler tas i bruk. Leverandør bistår i implementeringen når det er nødvendig.»

Videre: «For å sikre bruk av avtalen er det viktig å gi informasjon om og forankre denne i avdelingene. Prosjektleder er ansvarlig for å utarbeide og formidle informasjon om avtalen.

Ved behov utarbeider forsyningsleder et nyhetsbrev. Prosjektleder og prosjektgruppe gir innspill til det. Dette kommuniseres til hele helseforetaket via virksomhetsportalen og e-post til avdelinger som skal bruke avtalen. Prosjektgruppen har ansvaret for å forankre bruken av avtalene i fagmiljøene. Ved behov gjennomføres dette i samarbeid med leverandør.»

Når det gjelder kontroll på at nye avtaler blir implementert, så sa alle i intervjuet at det ansvaret lå på innkjøpskonsulent/innkjøpsavdelingen. Men i HNT innkjøpshåndbok blir ansvaret lagt på hver enkelt avdeling. Det kan også være litt tvetydig om hvem som egentlig har ansvaret for å utarbeide og formidle informasjon om nye avtaler. Innkjøpsavdelingen bør utarbeide gode prosedyrer for implementering av kontrakter, og formidle informasjon om prosedyren. Alle som er involvert i anskaffelsesprosesser og som har budsjettansvar, må kjenne til denne.

For å redusere kjøp utenom avtale, kan det også være greit å ta en dialog med brukerne om produktet. Har de tilstrekkelig opplæring og kunnskap om produktene, hva er de fornøyde med og hva er de ikke fornøyde med? Dette for å kunne gå inn og hjelpe avdelingene med å bli fornøyde med de tilbudte produktene.

Om vi ser på hele prosessen opp i mot den strategiske beslutningsprosessen til slutt, så har vi de institusjonelle rammebetingelsene. Det er Lov om offentlige anskaffelser selvfølgelig. Det skal kjøres anbud på alle anskaffelser over 100.000,- som vi definerer som strategiske innkjøp i HNT. Og så er det målet med anskaffelsen, som vi finner igjen i HNT strategi for innkjøp. Det skal være økonomi, samhandel, og teknologisk forsvarlig. Dvs målet er bedre pasientbehandling for en bedre penge. Og hvilke strukturer og kontrollmekanismer har HNT? Klinikker som jobber på en oportunistisk måte for å få mest mulig av budsjettkaka. Fører til at budsjettarbeidet tar for lang tid. Med en MTA og innkjøpsavd som står uten beslutningsmyndighet, jobber som en stabsfunksjon, men skal ha kontrollen på prosessene. Der har de da innkjøpshåndboka og prosedyrene i EQS å støtte seg til. Gjennomføringskraften til innkjøpsavdelingen blir dårlig. Få ressurser med en veldig varierende belastning av arbeid, da det er veldig stort trykk når budsjettet er ferdig, og like før jul. Kompetansen er til stede, men med for lite involvering i budsjettarbeidet, fører det til dårlige prosesser, som ikke gir HNT det resultatet de vil ha. Når budsjettene er ferdige, har ofte avdelingene utført en del av forarbeidet, ved å sondere markedet om hva som finnes og hva de vil ha. Innkjøpsavdelingen kjører anskaffelsesprosessen, bestiller varen og går på neste prosess. Implementeringen og kontraktsforvaltningen glemmes. Og det er også her store deler av den økonomiske gevinsten ligger.

Konklusjon

Jeg ønsket å finne ut hvordan Helse Nord-Trøndelag kan bli bedre på kontraktsforvaltning. En svakhet er at jeg er ansatt i organisasjonen, og at drøftingen kunne bli farget av mine forutinntatte tanker. Men jeg ser at funnene i intervjuene er sammenfallende med teorien, og resultatene ble noe annerledes enn det jeg hadde sett for meg.

Det kom inn helt konkrete forslag på hva innkjøpsavdelingen i Helse Nord-Trøndelag burde gjøre for å bli bedre på kontraktsforvaltning, og disse er oppsummert nedenfor.

Hvordan kan Helse Nord-Trøndelag bli bedre på kontraktsforvaltning?

1) Innkjøpsavdelingen må bli involvert i budsjettarbeidet i en tidligere fase for å få påbegynt og samkjørt anskaffelsesprosessene
2) Dette frigjør ressurser og det blir bedre tid til å bruke på implementering og kontraktsoppfølging
3) Opprette en prosedyre for implementering og kontraktsoppfølging, og kommunisere ut denne til strategiske og relevante personer.

Litteraturliste

Innkjøpshåndbok for Helse Nord-Trøndelag – 2014

Difi – direktoratet for offentlig forvaltning

Hvordan organisasjoner fungerer – Fagbokforlaget 2013

-Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorvik

kompetansekrav for å håndtere offentlige anskaffeler - Nima

-Jan Ole Similä, Førsteamanuensis, Nord Universitet, avdeling for økonomi, organisasjon og ledelse.

Hvordan gjennomføre undersøkelser – Cappelen Dam 2000

-Dag Ingvar Jacobsen

Qualitative research for education – Allynd & Bacon 1998

Robert Bodan & Sari Knopp Biklen