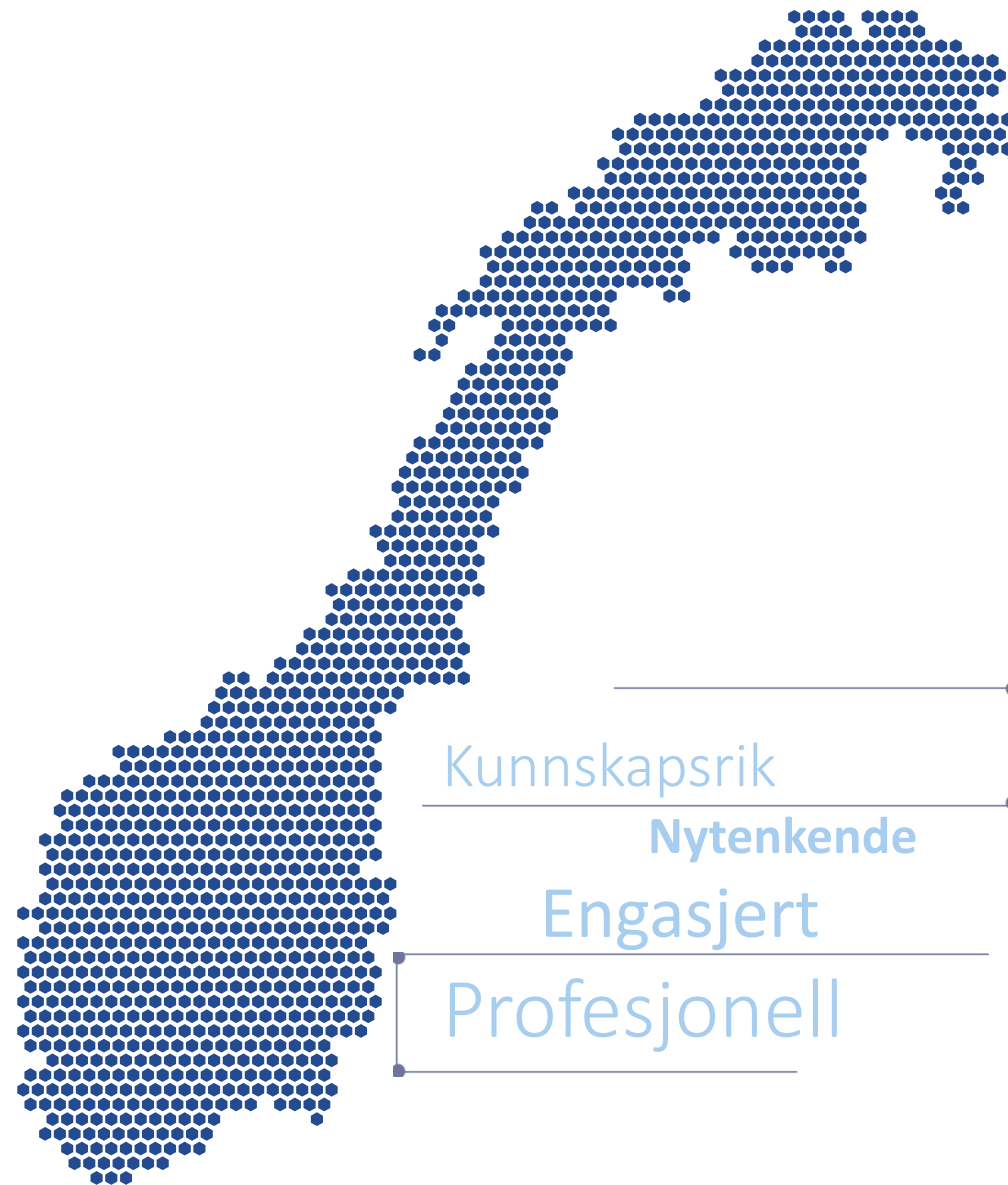


Grunnstruktur i framtidig organisasjonsdesign

Sak 69/2024, vedlegg 1

Styremøte i Sykehusinnkjøp HF, 27. september 2024



Innholdsfortegnelse

- 1 Designkriterier
- 2 Vurdering og valg av ny grunnstruktur
- 3 **Grunnstruktur i organisering av Sykehusinnkjøp HF**
- 4 Brukerhistorier fra et kundeperspektiv

1. Designkriterier



Designkriterier

For å utvikle et organisasjonsdesign som sikrer at Sykehusinnkjøp HF (heretter Sykehusinnkjøp) blir bedre i stand til å levere på sitt strategiske målbilde, har OU-prosjektet arbeidet strukturert og involverende. Som et fundament for den strukturerte tilnærmingen har OU-prosjektet utviklet et sett med «designkriterier» som er basert på foretakets formål, visjon, oppdragsdokument og det reviderte strategiske målbildet for 2024-2025 som styret vedtok desember 2023.

Designkriteriene er et sett med vurderingskriterier som alle beslutninger i prosessen frem mot et anbefalt organisasjonsdesign skal vurderes opp mot. Etablering av gode og lett anvendbare kriterier krever en prioritering av de viktigste prinsippene som må ivaretas hvis foretakets strategiske målbilde skal understøttes best mulig. Designkriteriene må da være konkrete og målbare, og må ha en direkte påvirkning på organiseringen av virksomheten.

Designkriteriene som har vært benyttet i OU-prosjektet har vært utarbeidet gjennom en involverende prosess ved årsskiftet 2023-2024, hvor ledere på nivå 1-3 bidro i brainstormingssesjoner, definerte ønskede designkriterier på felles ledersamling og deltok i høringsrunde. Utkast til designkriterier ble også presentert for tillitsvalgte, hovedverneombud, OU-prosjektets arbeidsgruppe, i dialogmøte med RHF-ene og for styret, før endelig forslag til designkriterier ble fremsatt og vedtatt i styringsgruppen.

Gjennom ovennevnte prosess kom Sykehusinnkjøp frem til seks designkriterier for utviklingen av nytt organisasjonsdesign. Disse er ikke direkte vektet mot hverandre, men er en veiledende operasjonalisering av mer overordnede styringsmål. Likevel kan ingen forslag til organisasjonsdesign «stryke» på ett eller flere kriterier. Mer utdypende forklaringer av designkriteriene er beskrevet på påfølgende side.



Bevare og videreutvikle kunderelasjonen



Forsterke kategoribaserte innkjøpstjenester



Øke gjennomføringsevne og effektivitet



Styrke kvalitet og driftssikkerhet



Bevare og utvikle nødvendig kompetanse



Forsvarlig implementering og videre utvikling

Designkriterier for OU-prosjektet. Disse beskrives ytterligere på neste side

Designkriterier

Bevare og videreutvikle kunderelasjonen

For å tilby profesjonelle innkjøpstjenester skal kundene ha tydelige kontaktpunkter i Sykehusinnkjøp HF på strategisk, taktisk og operativt nivå. Videre skal alle ledere ha tydelig kundeansvar, og medarbeidere skal ha kompetanse på kundenes behov (også for interne kunder). Slik sikrer vi at tjenestene oppleves som tett integrert.



Forsterke kategoribaserte innkjøpstjenester

For å tilby profesjonelle og spesialiserte innkjøpstjenester til kundene, skal ledere og medarbeidere i kjernevirksomheten ha henholdsvis tydelig kategoriansvar og kategorispesialisering. Portefølje- og ressursstyring på foretaksnivå skjer i kategoriene, slik at kundene mottar tjenester fra de til enhver tid riktige innkjøpsressursene fra hele foretaket – «rett person til rett oppgave». Kategorimiljøene må ha tilstrekkelig kapasitet til både kortsiktige leveranser, og til langsiktig utvikling og kategoristyring.



Øke gjennomføringsevne og effektivitet

For å levere kostnadseffektivt og profesjonelt, skal det være tydelig definerte roller, ansvar og beslutningsmyndighet. Beslutninger skal fattes på lavest mulig nivå, og konkret beslutningsmyndighet skal være tillagt én rolle. Lederspenn skal være tilpasset ansvar og beslutningsmyndighet i rollen. Organiseringen skal være logisk forståelig, også sett utenifra.



Styrke kvalitet og driftssikkerhet

For å levere de beste innkjøpstjenestene til kundene, skal foretakets samlede kompetanse og kapasitet benyttes. Det skal være et felles lederansvar at foretaket evner å levere tjenester av høy kvalitet på tvers av organisatoriske enheter når det ikke er kompetanse eller kapasitet i egen organisatoriske enhet. For å sikre robust og driftssikker utførelse av innkjøpstjenester, skal både kriser og daglig drift kunne skje innenfor samme organisering.



Bevare og utvikle nødvendig kompetanse

For å levere kostnadseffektivt, spesialisert og profesjonelt, inkludert å respondere fleksibelt og lettbeint på kundenes behov (også for interne kunder), må essensiell fagkompetanse og erfaring beholdes og utvikles i foretaket. For å støtte oppunder dette, må ansatte være organisert i tilstrekkelig store fagmiljøer, og det må være utviklingsmuligheter både vertikalt og horisontalt.



Forsvarlig implementering og videre utvikling

Innkjøpstjenestene kundene mottar kan ikke bli forringet av eventuelle endringer i foretakets organisasjonsdesign. Derfor må et nytt organisasjonsdesign kunne implementeres og videreutvikles (eksempelvis ved endringer i kategoristruktur, kunder, tjenester, ansatte og samfunnet), uten at dette medfører redusert evne til å levere innkjøpstjenester til kundene.



2. Vurdering og valg av ny grunnstruktur



OU-prosjektet vurderte først de overordnede strukturene for styring av foretaket, og deretter hvordan spesifikke funksjoner og fellesfunksjoner bør organiseres for best mulig å støtte kjernedriften. Målet er at alle deler av foretaket i enda større grad drives kundeorientert og effektivt

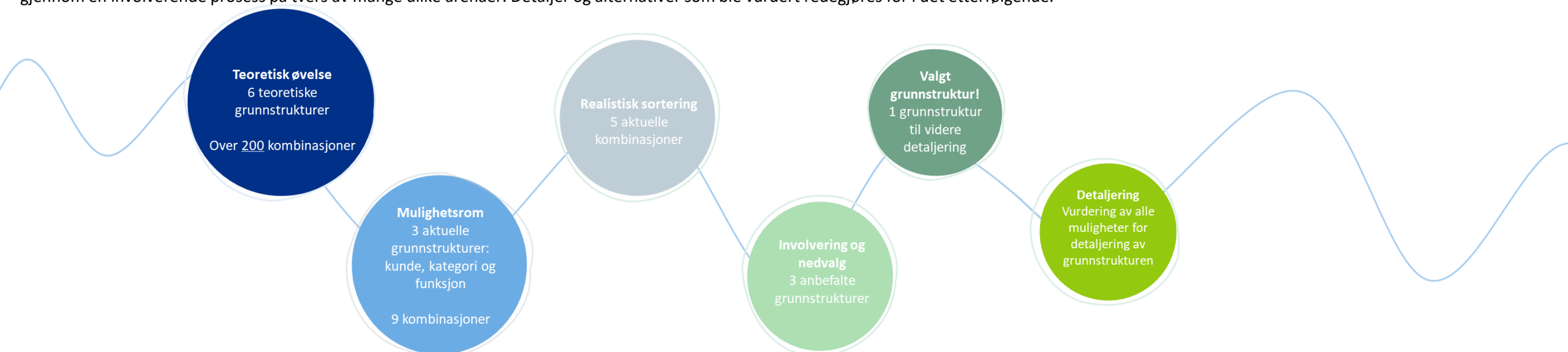
Arbeidsmetodikk – systematiske nedvalg

Teoretisk øvelse: Prosjektet startet med seks teoretiske grunnstrukturer (kunde, kategori, geografi, prosess, funksjon, leveranse) som ble vurdert opp mot designkriteriene. Disse teoretiske grunnstrukturene baserer seg utelukkende på én måte å tenke på i organisering av foretaket – eksempelvis kundeorientert hele veien ned (en divisjon per RHF, en eller flere avdelinger per HF, osv., som alle leverer hele bredden av innkjøpstjenester). Teoretiske grunnstrukturer er svært sjeldent hensiktsmessig for noen organisasjoner og tilnærmet ingen moderne virksomheter er organisert etter én slik teoretisk grunnstruktur, men organisert ved å benytte en god kombinasjon av disse. Sykehusinnkjøp er også per i dag organisert etter kombinasjoner av de ulike teoretiske grunnstrukturene, eksempelvis kategori og kundefokus/geografi (dagens avdelinger i divisjonene som spiller helseregionene). De seks teoretiske grunnstrukturene kan kombineres på over 200 måter når tre ulike grunnstrukturer kombineres. For å gjøre det mulig å vurdere fremtidig organisasjonsdesign i Sykehusinnkjøp måtte antallet kombinasjoner reduseres.

Mulighetsrom: OU-prosjektet vurderte derfor styrker og svakheter ved de seks teoretiske grunnstrukturene og hvilke som kunne være aktuelle å kombinere for organiseringen av Sykehusinnkjøp. Dette resulterte i tre aktuelle grunnstrukturer å ta utgangspunkt i for kombinerings: kunde, kategori og funksjon, som ga ni mulige kombinasjoner av overordnede, prinsipielle styringslinjer.

Realistisk sortering: Prosjektet gjorde videre en grov vurdering av de ni ulike kombinasjonene basert på designkriteriene. Inkludert dagens organisering, kom prosjektet frem til fem aktuelle kombinasjoner som kunne fungere og som ikke «strøk» på noen av designkriteriene.

Involvering, nedvalg og valg av grunnstruktur: Over flere uker jobbet prosjektet videre med grunnstrukturene i workshops og diskusjoner på flere involveringsarenaer for å gjøre det mulig å snevre inn ytterligere. Til slutt landet OU-prosjektet på tre grunnstrukturer som ble ansett som aktuelle etter innsnevringen. Det ble besluttet å gå videre med én grunnstruktur. Denne ble så detaljert ut i økende grad gjennom en involverende prosess på tvers av mange ulike arenaer. Detaljer og alternativer som ble vurdert redegjøres for i det etterfølgende.



Tre ulike grunnstrukturer for et fremtidig organisasjonsdesign

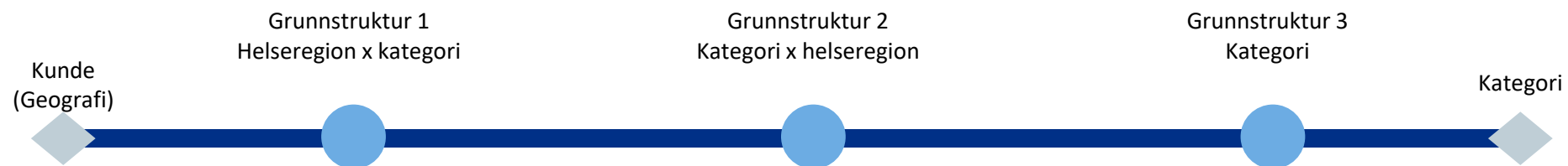
OU-prosjektet la frem tre grunnstrukturer til særskilt vurdering. Disse beveget seg alle i retning av økt grad av kategoriorganisering sammenlignet med dagens organisering. Et sentralt spørsmål i vurderingen av grunnstrukturene har vært hvor den hensiktsmessige balansen er mellom kundeorientering og kategoriorientering, for best mulig å sikre at Sykehusinnkjøp sin evne til å levere effektive innkjøpstjenester av høy kvalitet til kundene øker, både i dag og i fremtiden.

De tre grunnstrukturene som har vært vurdert inngående beskrives kort under, med illustrasjoner på de påfølgende sidene. Merk at den horisontale aksene i alle figurene besittes av en *rolle* som innehas av en av de øvrige nivå 2-lederne (divisjonsdirektørene).

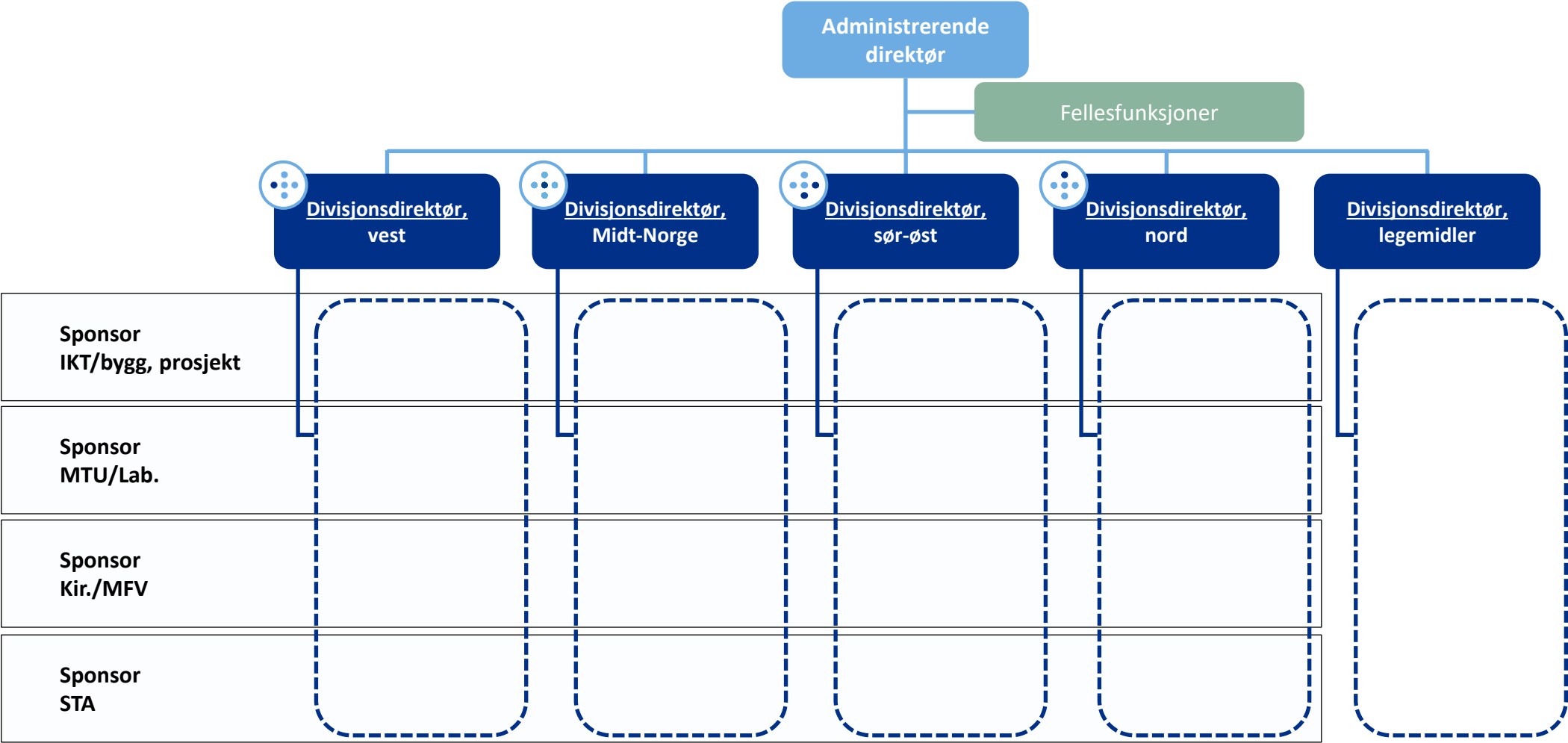
Grunnstruktur 1 - helseregion x kategori: I grunnstruktur 1 organiseres divisjoner etter helseregioner, slik som dagens fire regionale divisjoner. Kundene har samme kontaktpunkt som i dag. Avdelinger i hver divisjon organiseres etter kategoriområder og blir prinsipielt like som i dag (kunde + kategoriområde). Kategoriområder vil være en faglig og praktisk hensiktsmessig gruppering av ulike kategorier, slik vi gjør i dag.

Grunnstruktur 2 - kategori x helseregion: I grunnstruktur 2 organiseres divisjoner etter kategoriområder. Kundene har samme kontaktpunkt som i dag. Avdelinger i hver divisjon organiseres etter kunderegioner og blir prinsipielt like som i dag (kunde + kategoriområde). Kategoriområder vil være en faglig og praktisk hensiktsmessig gruppering av ulike kategorier, slik vi gjør i dag.

Grunnstruktur 3 - kategori: I grunnstruktur 3 organiseres divisjoner etter kategoriområder. Avdelinger i hver divisjon organiseres etter kategorier, på tvers av helseregionene. Hver helseregion har ett kontaktpunkt mot Sykehusinnkjøp. Kategoriområder vil være en faglig og praktisk hensiktsmessig gruppering av ulike kategorier, slik vi gjør i dag. Kundekontakten blir her ulik, der sterkere støttefunksjoner må på plass for å ivareta kundeperspektivet.



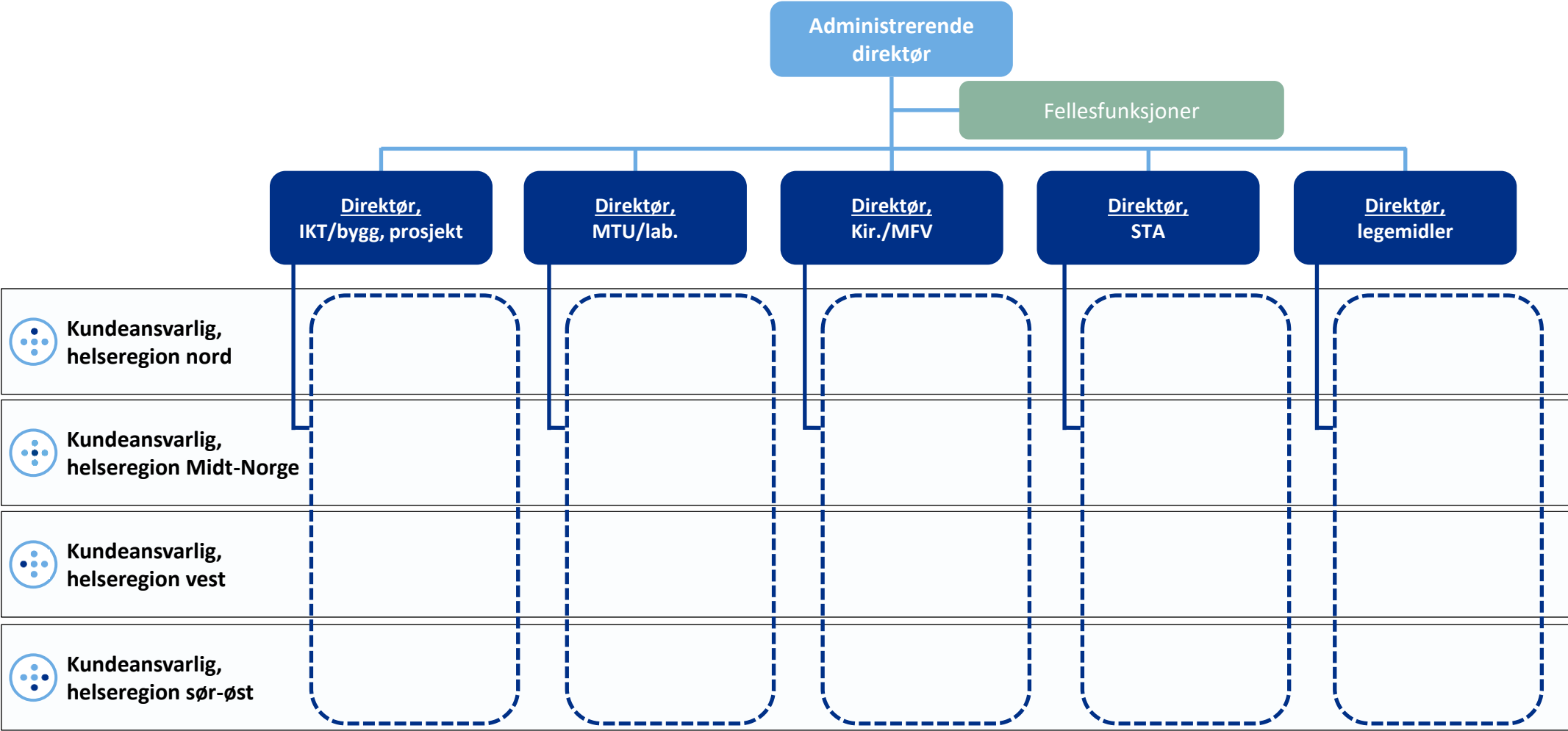
Grunnstruktur 1 - helseregion x kategori



I grunnstruktur 1 organiseres divisjoner etter helseregioner, slik som dagens fire regionale divisjoner. Kundene har samme kontaktpunkt som i dag. Avdelinger i hver divisjon organiseres etter kategoriområder og blir like som i dag (kunde + kategoriområde). Kategoriområder vil være en faglig og praktisk hensiktsmessig gruppering av ulike kategorier, slik vi gjør i dag. Merk at antall divisjoner eller kategoriområder ikke er definert i grunnstrukturen, og at figuren er tegnet opp kun for å illustrere hvordan disse vil virke med regionale og kategoribaserte divisjoner.

Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses

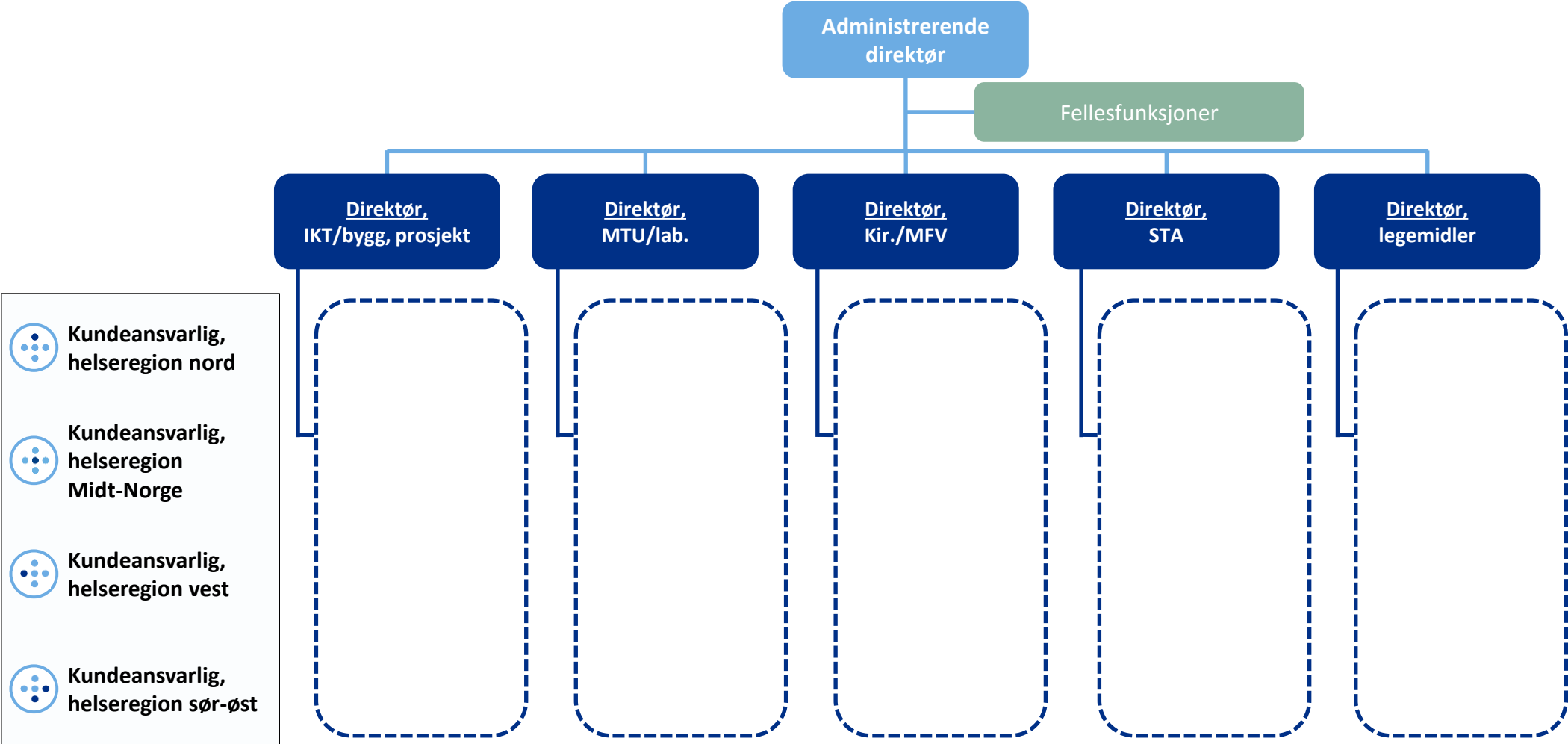
Grunnstruktur 2 - kategori x helseregion



I grunnstruktur 2 organiseres divisjoner etter kategoriområder. Kundene har samme kontaktpunkt som i dag. Avdelinger i hver divisjon organiseres etter kunderegioner og blir prinsipielt like som i dag (kunde + kategoriområde). Kategoriområder vil være en faglig og praktisk hensiktsmessig gruppering av ulike kategorier, slik vi gjør i dag. Merk at antall divisjoner eller kategoriområder ikke er definert i grunnstrukturen, og at figuren er tegnet opp kun for å illustrere hvordan disse vil virke med regionale og kategoribaserte divisjoner.

Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses

Grunnstruktur 3, kategori



I grunnstruktur 3 organiseres divisjoner etter kategoriområder. Avdelinger i hver divisjon organiseres etter kategorier nasjonalt, på tvers av helseregionene. Hver helseregion har ett kontaktpunkt mot Sykehusinnkjøp. Kategoriområder vil være en faglig og praktisk hensiktsmessig gruppering av ulike kategorier, slik foretaket gjør i dag. Kundekontakten blir her ulik, der sterkere støttefunksjoner må på plass for å ivareta kundeperspektivet. Merk at antall divisjoner eller kategoriområder ikke er definert i grunnstrukturen, og at figuren er tegnet opp kun for å illustrere hvordan disse vil virke med regionale og kategoribaserte divisjoner.

Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses

Valgt grunnstruktur

Alle tre grunnstrukturene har vært vurdert etter designkriteriene på alle prosjektets involveringsarenaer, og OU-prosjektet har anbefalt at grunnstruktur 2 vil gi eierne og kundene mest mulig igjen for investeringen i Sykehusinnkjøp. Ved en kategoriorganisering kan divisjonsdirektørene bidra til å spre «beste praksis» på tvers av de ulike helseregionene. Ved å være ekspert på ett kategoriområde, blir Sykehusinnkjøp en enda bedre innkjøpsfaglig rådgiver for sine kunder. Ved etablering av en tverrgående rolle som kundeansvarlig vil eierne og kundene samtidig oppleve at kunderelasjonen vil kunne videreutvikles ved at kategoriområdedivisjonene blir gjensidig avhengig av å levere godt til alle helseregioner.

Samtidig får Sykehusinnkjøp, «på innsiden», en styrket profesjonalisering og effektivisering av innkjøpstjenestene som leveres.

Grunnstruktur 2 er et godt steg på veien mot en tydeligere kategoristyring, den fremmer samarbeid og bruk av ressurser på tvers av Sykehusinnkjøp, og den er forsvarlig å implementere.

Kunderelasjonen skal fortsatt utvikles lokalt uten at man mister kategoridimensjonen, og vil på denne måten trygge kundene. Modellen vil legge til rette for at beslutninger tas på lavest mulig nivå, og større fagmiljøer og likere kultur på tvers av Sykehusinnkjøp vil sikre og gi økt mulighet for videre utvikling av medarbeiderne.

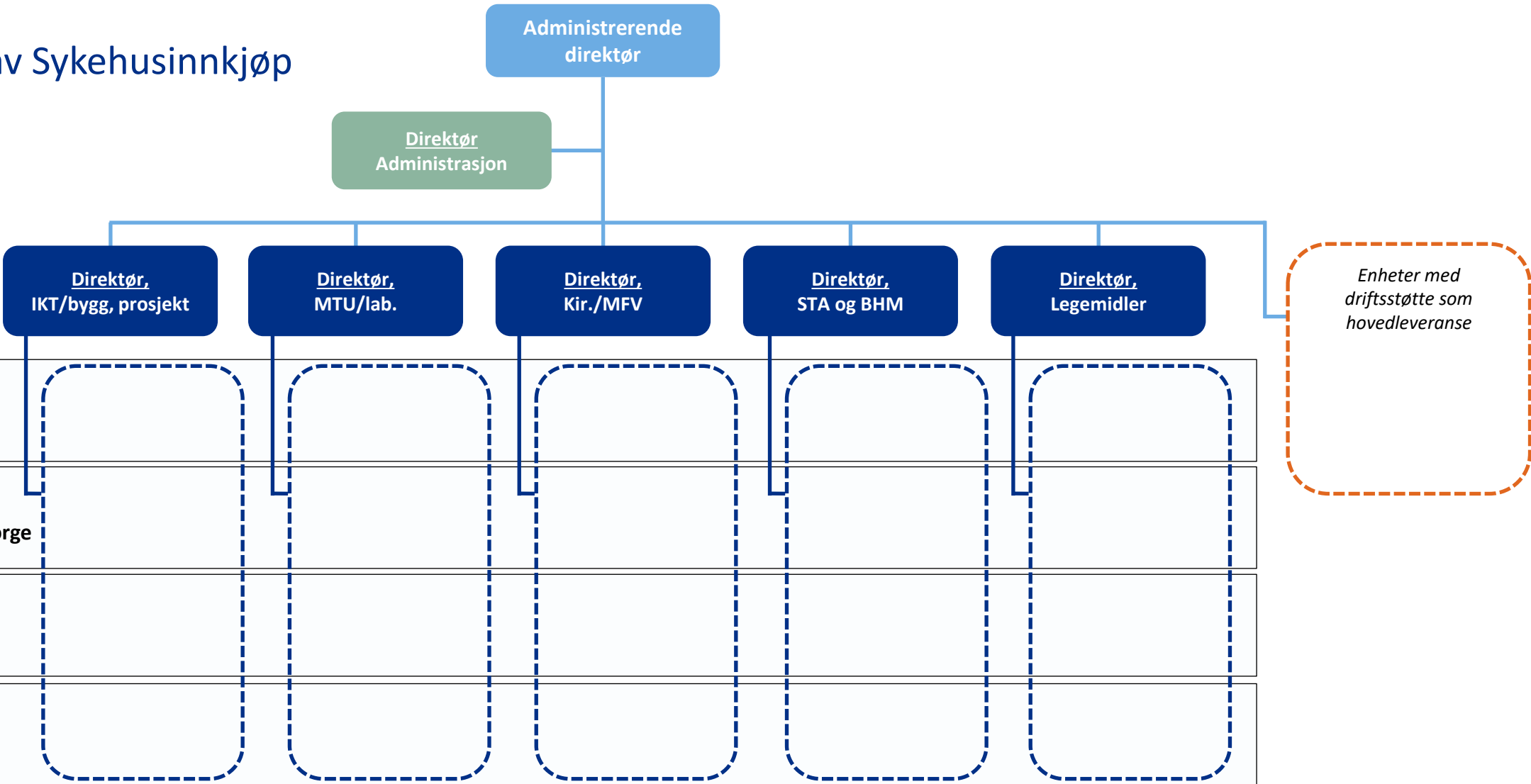
Mer informasjon om vurderingene bak anbefalt grunnstruktur gis i det etterfølgende.



3. Grunnstruktur i organisering av Sykehusinnkjøp HF



Organisering av Sykehusinnkjøp



Administrerende direktør anbefaler å organisert driftssiden etter kategoriområder og kunder (grunnstruktur 2). Direktøren for den enkelte divisjon/kategoriområde (heretter kalt kategoridirektør) er ansvarlig for alle anskaffelser og avtaleforvaltning innen sitt kategoriområde. Kategoridirektøren har i tillegg rollen som kundeansvarlig for helseregionen hvor vedkommende har kontorsted. Eksempelvis kan én person være kategoridirektør for Kir./MFV og kundeansvarlig for Sør-Øst RHF. Avdelingsstrukturen i kategoriområdene organiseres etter krysningspunktet mellom kategori og kunde, slik den også gjør i dag. Det betyr at kundene i stor grad vil ha samme kontaktpunkt som i dag på alle nivåer. Videre anbefales dagens fellesfunksjoner delt i hhv. administrasjon og driftsstøtte. Detaljene i modellen beskrives ytterligere senere i dokumentet. Den faktiske organiseringen avgjøres av kategoristrukturen, organiseringen av helsesektoren og hensyn til effektiv drift.

Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses

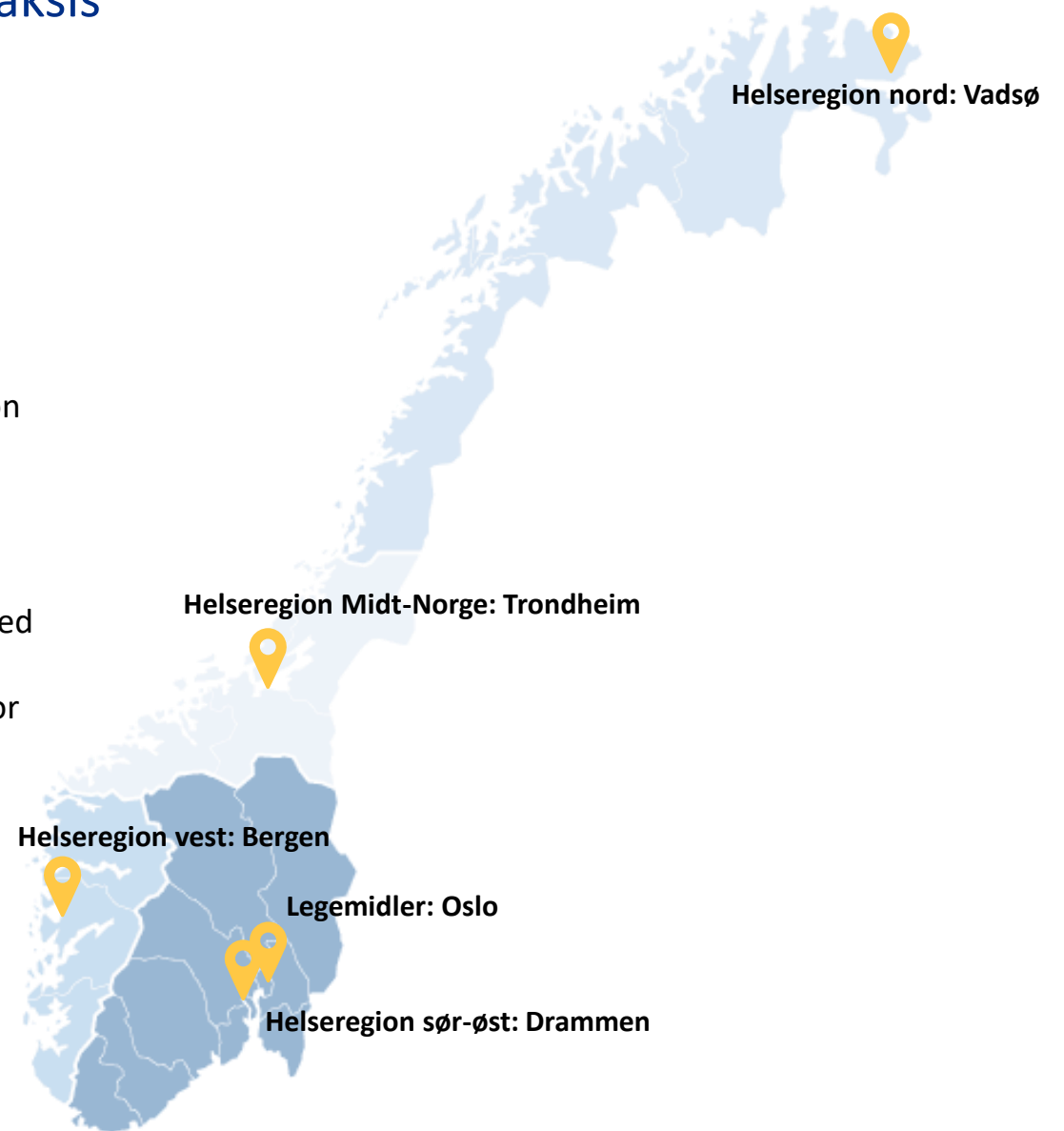
Lokalisering – en videreføring av dagens desentrale praksis

KONTORSTED FOR KATEGORIDIREKTØRER

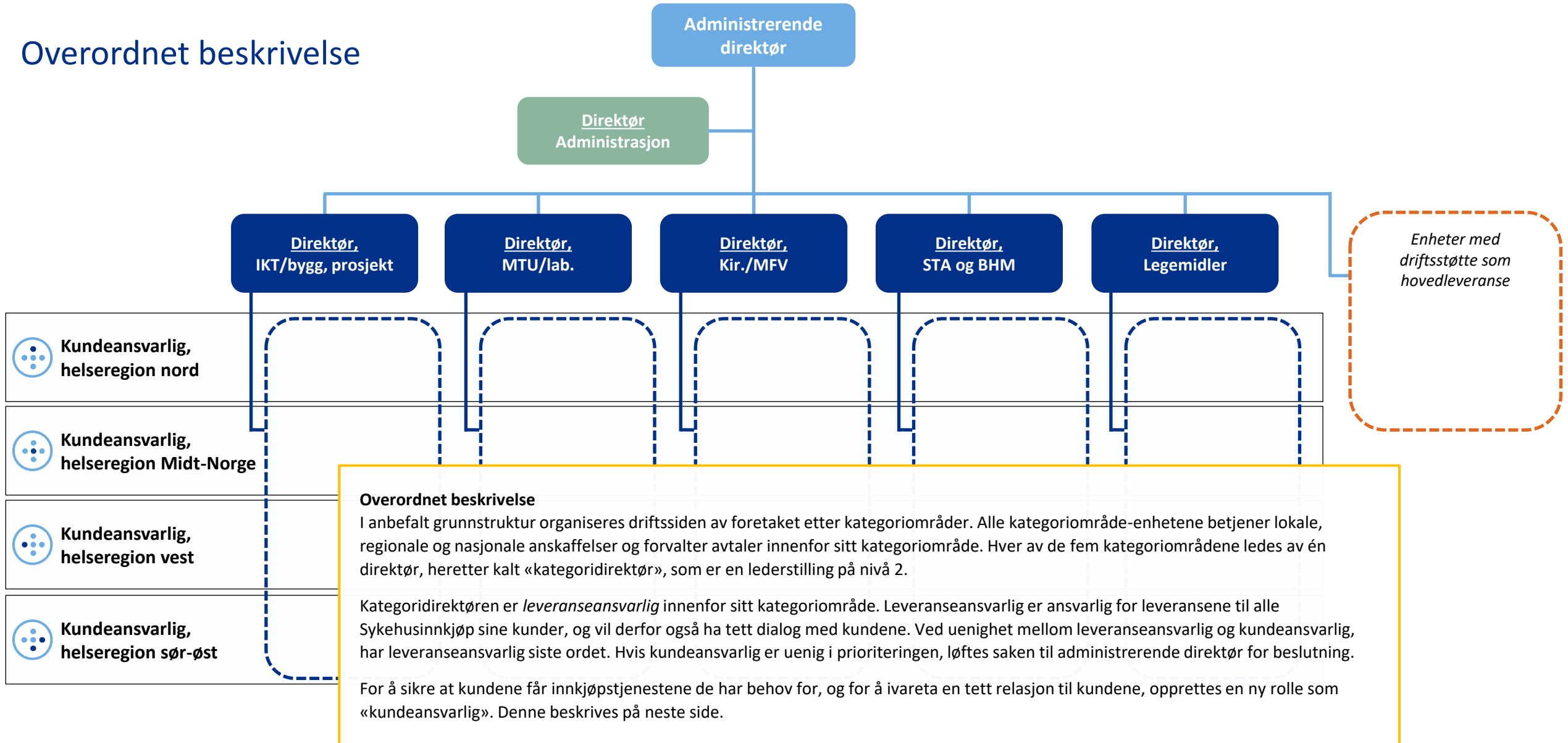
- Hver helseregion har minst én kategoridirektør
- Kategoridirektørene har kontorsted på fastsatte lokasjoner (se kart)
- Ved skifte av direktør, er prinsippet at ny direktør ansettes på samme lokasjon

KUNDEANSVARLIG OG KONTAKTPUNKT

- Helseregionene har en kundeansvarlig i kategoridirektøren som har kontorsted i egen helseregion
- Kundene i helseregionen har kontakt på taktisk nivå med avdelingslederen for sin helseregion

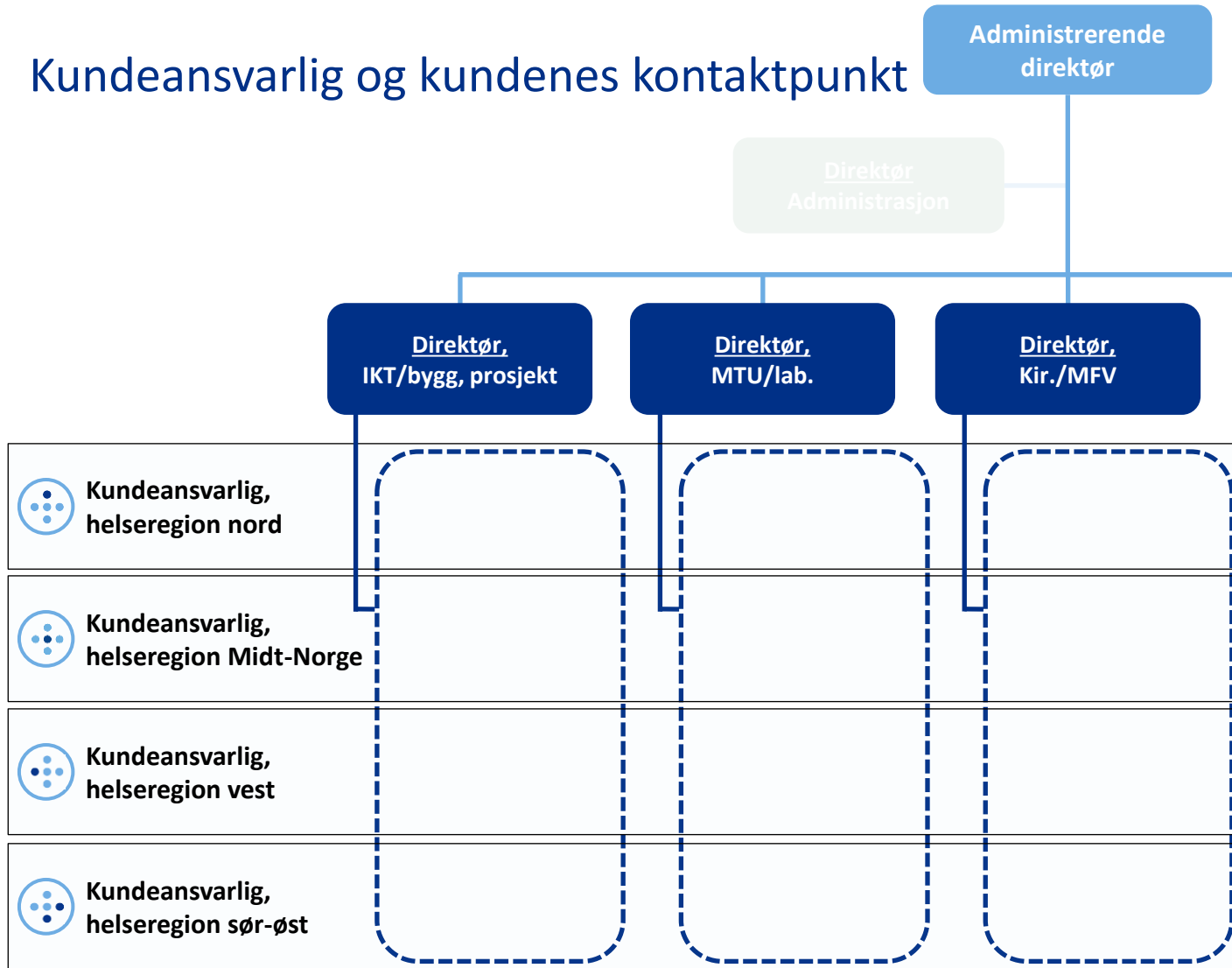


Overordnet beskrivelse



Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses

Kundeansvarlig og kundenes kontaktpunkt



Kundeansvarlig, samt kontaktpunkt på strategisk, taktisk og operativt nivå

For å ivareta en nær kunderelasjon og spisskompetanse på kundenes behov, opprettes en ny, tverrgående rolle som «kundeansvarlig». Kategoridirektøren som sitter i den aktuelle helseregionen, innehar rollen som kundeansvarlig mot denne helseregionen. Rollen er kundenes kontaktpunkt på strategisk nivå og skal kjenne kundenes struktur på innkjøps- og logistikkområdet og kundes eventuelle behov for særlige tilpasninger.

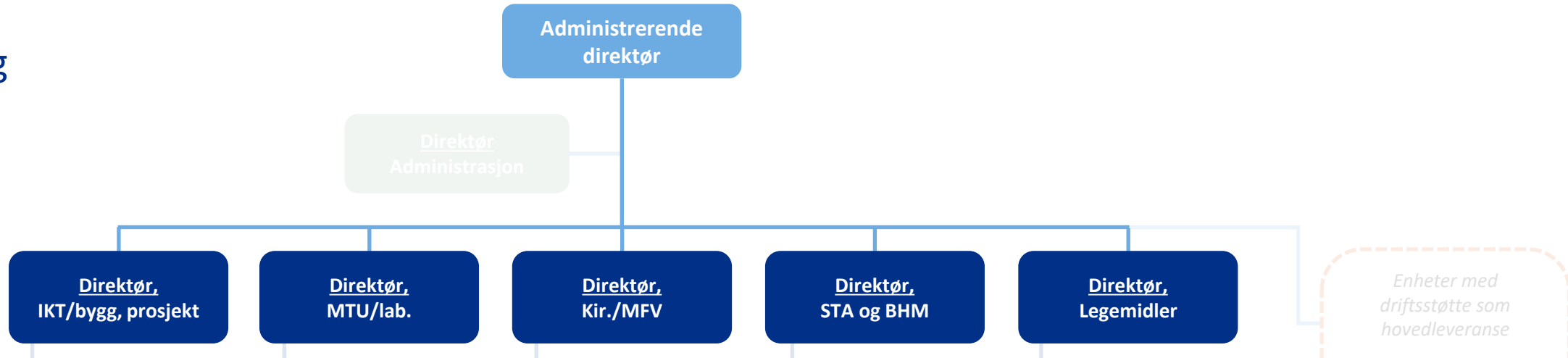
Det innebærer at den kundeansvarlige kategoridirektøren skal ha overordnet oversikt over innkjøpstjenestene som leveres til helseregionen og representere Sykehusinnkjøp ovenfor helseregionen ved behov (slik de gjør i dag). Kundeansvarlig er en *rolle* som ivaretas av en kategoridirektør – med andre ord, ingen ny stilling.

Avdelingsledere har et særlig fokus på kunden(e) de leverer til og utvikler spesialisering på denne kundens behov. De skal følge opp kunden(e) på taktisk nivå innenfor sitt kategoriområde. I hovedsak fungerer dette likt som i dag. I enkelte tilfeller vil en avdelingsleder være kontaktpunkt på taktisk nivå for to helseregioner grunnet avdelingens størrelse, som beskrevet på neste side.

Medarbeidere jobber i hovedsak med innkjøpstjenester for én helseregion og utvikler spesialisering på denne kundens behov, eller med nasjonale innkjøpstjenester og utvikler spesialisering på flerregionale behov. I hovedsak fungerer dette likt som i dag. Det forutsettes at medarbeidere og ledere drar nytte av hverandres spisskompetanse på lokale, regionale og nasjonale forhold når dette er hensiktsmessig.

Kontaktpunkt på operativt nivå forblir den avtaleforvalteren eller prosjektlederen som er ansvarlig for avtalen/anskaffelsen, slik det også fungerer i dag.

Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses



Kundeansvarlig, helseregion nord

Kundeansvarlig, helseregion Midt-Nor

Kundeansvarlig, helseregion vest

Kundeansvarlig, helseregion sør-øst

Ressursstyring

Kategoriaktørene leder alle ansatte i kategoriområdet (nasjonalt), med en ledergruppe fordelt på hele landet. Vedkommende fordeler, via sine avdelingsledere, oppgaver til ansatte innenfor eget kategoriområde. Det mest nærliggende vil være å gi lokale og regionale oppgaver til de som sitter i behovseiers/kundenes region, og nasjonale oppgaver til de som har kompetanse og erfaring på dette. I utgangspunktet er det ønskelig med ytterligere spesialisering i dagens oppgaver innenfor kategoriområdet. Eksempelvis at medarbeidere som i stor grad leverer nasjonale anskaffelser, fortsetter med dette også etter innføringen av ny organisering.

Ved ressursmangel må kategoriaktøren hovedsakelig løse oppgaver med å benytte ansatte fra samme kategoriområde, men da kanskje på tvers av geografi. Dette muliggjøres blant annet av driftsstøtte-enhetene, som legger til rette for at alle prosjektledere og avtaleforvaltere har en arbeidsmetodikk som gjør det mulig å bidra i leveranser på tvers av egen organisatoriske enhet.

Avdelingsleder leder som hovedregel alle ansatte innenfor kombinasjonen kunde (helseregion) og kategoriområde. De fleste avdelingsledere har en kategoriaktør som sitter et annet sted enn dem selv, men leder som hovedregel medarbeidere som sitter samme sted/i samme helseregion som vedkommende selv. For å sikre et tilstrekkelig stort fagmiljø og et kostnadseffektivt lederspenn kan det likevel være nødvendig at noen avdelingsledere leder medarbeidere sittende i to ulike helseregioner, eller at en avdeling innen et kategoriområde er så stor at det er formålstjenlig å dele lederansvaret på to ledere.

Avdelingsleder tildeler oppgaver til medarbeidere innen kombinasjonen kategori og kunde (inkl. nasjonale oppgaver), basert på den enkeltes kompetanse og tilgjengelighet. Medarbeidere leverer innkjøpstjenester innen sin kombinasjon av kategori og kunderegion (inkl. nasjonale oppgaver), som i dag. Iblant kan vedkommende levere tjenester til andre kunder/nivåer innenfor eget kategoriområde.

Se Vedlegg 2 for en forklaring av hvordan tegningene leses

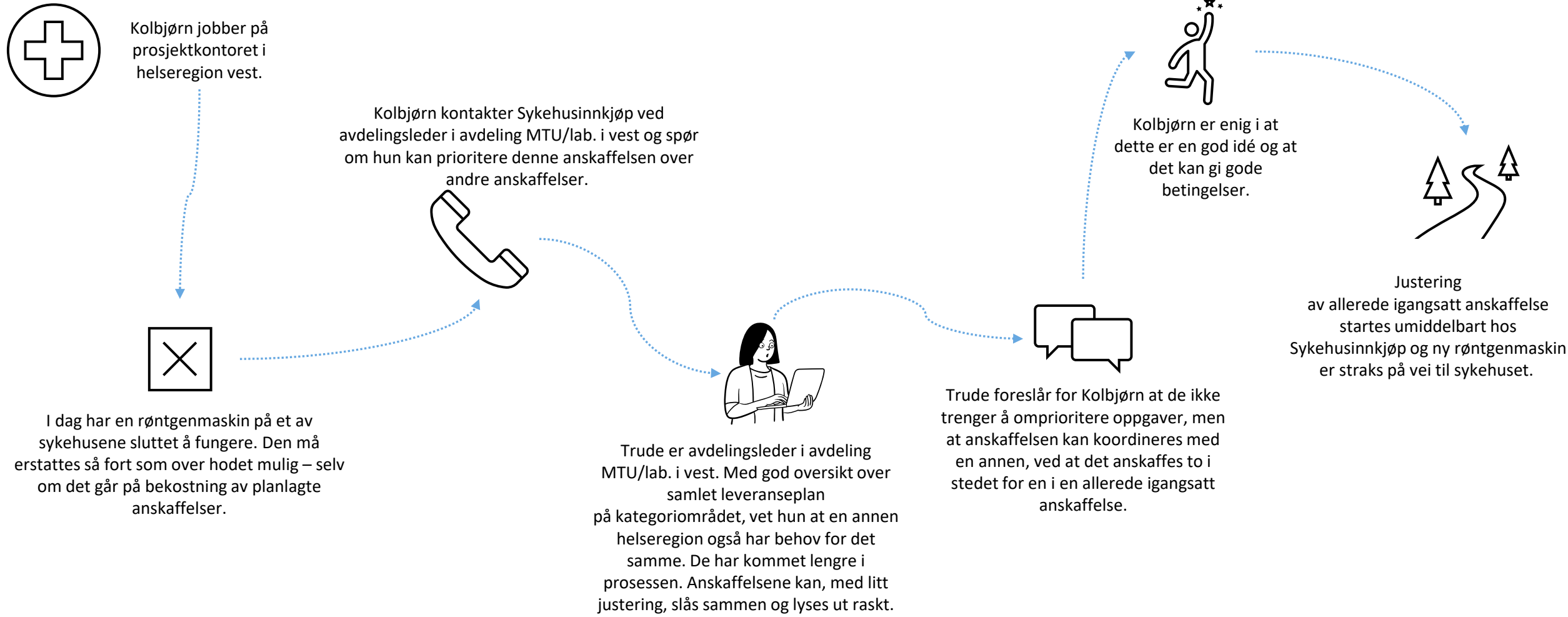
4. Brukerhistorier fra et kundeperspektiv

4A. Maskinhavari

4B. Behov for lokale tilpasninger



4A. Kundeperspektiv – maskinhavari



4B. Kundeperspektiv – behov for lokale tilpasninger

