

Entreprenørielt salg

Aurora Klæboe Berg

NTNUs Entreprenørskole

Innlevert: juni 2013

Hovedveileder: Elsebeth Holmen, IØT

Medveileder: Lise Aaboen, IØT

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse

MASTERKONTRAKT

- uttak av masteroppgave

1. Studentens personalia

Etternavn, fornavn Berg, Aurora Klæboe	Fødselsdato 14. mar 1989
E-post aurorakl@stud.ntnu.no	Telefon 90055042

2. Studieopplysninger

Fakultet Fakultet for Samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse
Studieprogram NTNUs Entreprenørskole

3. Masteroppgave

Oppstartsdato 22. jan 2013	Innleveringsfrist 18. jun 2013
Oppgavens (foreløpige) tittel Entreprenørielt salg	
Oppgavetekst/Problembeskrivelse Følgende hovedpunkter skal behandles: 1. En gjennomgang av relevant litteratur om salg 2. Et empirisk studie av entreprenørielt salg i egen oppstartsbedrift 3. Analysere de empiriske funnene ved bruk av gjennomgått litteratur 4. Foreslå rammeverk for entreprenørielt salg 5. Konklusjoner og implikasjoner	
Hovedveileder ved institutt Førsteamanuensis Elsebeth Holmen	Medveileder(e) ved institutt Lise Aaboen
Merknader 1 uke ekstra p.g.a påske.	

4. Underskrift

Student: Jeg erklærer herved at jeg har satt meg inn i gjeldende bestemmelser for mastergradsstudiet og at jeg oppfyller kravene for adgang til å påbegynne oppgaven, herunder eventuelle praksiskrav.

Partene er gjort kjent med avtalens vilkår, samt kapitlene i studiehandboken om generelle regler og aktuell studieplan for masterstudiet.

NTNU 22.1.2013

.....
Sted og dato

Auroa Klakeberg
.....
Student


.....
Hovedveileder

Forord

Denne masteroppgavens formål er egendefinert og bygger videre på prosjektoppgave ved tittel: "Entreprenørens salgsrolle: Faktorer som effektiviserer løsningsorienterte salgsprosesser", forfattet av Marie Lauvås, Morten Punnerud og undertegnede, levert vinteren 2013 i faget TIØ4530 Innovasjon og entreprenørskap, fordypningsprosjekt.

Forfatteren er masterstudent ved NTNUs Entreprenørskole og har det siste året jobbet med en oppstartsbedrift som blant annet har levert en ikke-medisinsk innovativ løsning til et sykehus. Forfatterens rolle i oppstartsbedriften har vært med-gründer og ansvarlig for salg og forretningsutvikling. Forfatteren har ikke noen tidligere relevant salgserfaring før hun ble med i oppstartsbedriften. Samarbeidet mellom forfatter og oppstartsbedriften opphørte mars 2013.

Fra å ha lite kjennskap til hvordan lovverket rundt anskaffelsesordninger i offentlig sektor fungerer, har forfatteren nå blitt bevisst på viktige faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinsk innovativ løsning til sektoren, og da med avgrensning til norsk helsesektor. Med funn fra masteroppgaven ønsker forfatteren å hjelpe andre start-ups, særlig fra NTNU-miljøet, å navigere gjennom jungelen av byråkrati i helsesektoren for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner.

Forfatter ønsker å takke spesielt veileder Lise Aaboen for å være tilgjengelig, reflektert og støttende under hele arbeidsperioden. Hennes innspill har vært viktige og motiverende for oppgavens resultat. Forfatter ønsker også å takke intervjuobjektene som har stilt opp til intervju, og bidratt med innsikt og erfaringer som oppgaven bygger på.

Arbeidet med oppgaven har vært en meget lærerik og intens periode som forfatter vil se tilbake på som veldig verdifull. Det oppleves som en verdig avslutning på mastergradsutdanningen ved NTNU, og starten på en innovativ karriere.

Aurora Klæboe Berg, 18.06.2013

Sammendrag

Denne masteroppgaven har som formål: *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren.* Formålet er basert på påstanden om at *salg av innovasjoner til helsesektoren er vanskelig.* Basert på formålet er det gjennomført et case-studie for å besvare forskningsspørsmålene: (1) Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor? (2) Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?

Case-studiet omfatter kvalitative forskningsintervjuer med sykehusrepresentanter og entreprenører, i tillegg til gjennomgang av litteratur som beskriver innovasjon i sykehussektoren og entreprenøren i salgsrollen. Case-studie som metode gir muligheten til å besvare *hvorfor* heller enn *hva* og *hvordan* Meredith [1998]. For å beskrive dynamikken og faktorer som påvirker anskaffelses- og innkjøpsprosessen, valgte forfatteren å intervju personer med tilknytning til innkjøpsrollen i de regionale helseforetakene, og entreprenører med erfaring fra salg av ikke-medisinske innovasjoner til helsesektoren.

Salgsteorien er i hovedsak basert på litteraturstudiet gjennomført av Berg et al. [2013] og presenterer entreprenørens aktiviteter i salgsprosessen med de fire stegene: *Bevisstgjøring, interesse, vurdering* og *kjøp* [Blank and Dorf, 2012]. Case-presentasjonen er fordelt over to kapitler som tar for seg *Helsesektorens anskaffelsesprosess av innovasjoner* og *Entreprenørens salgsprosess av innovasjoner til helsesektoren*, respektivt. Basert på analyse av case-presentasjonen ved hjelp av salgsteorien, presenteres ulike funn i diskusjonskapitlet. Gjennom diskusjon av funn fra analysen og case-materialet som ikke er dekket av analysen, presenteres faktorer for entreprenøren og helsesektoren som besvare forskningsspørsmålene.

Viktige faktorer for helsesektoren er å involvere innkjøpsavdelingen og andre aktuelle beslutningstakere tidlig, gjennomføre en god markedsundersøkelse, redusere adopsjonsrisikoen, og passe på at innovasjonen kan integreres i eksisterende systemer. Et viktig grep for Helse-Norge er å sette fokus på anskaffelse av innovasjon.

Viktige faktorer for entreprenøren er å identifisere kjøpssektoren, forankre innovasjonen hos sluttbruker, påvirker, og alle beslutningstakere, herunder innkjøpsavdelingen, etablere referansegruppe med forankring på tvers av helsesektoren, opprette god relasjon til Innovasjon Norge, og jobbe tett på sluttbrukerne for å redusere adopsjonsrisiko.

Sammendrag

This thesis aims to: *Identify factors that are essential to carry out the sale of non-medical innovations to the Norwegian health care sector.* This aim is based on the statement that the sale of innovations to the health care sector is difficult. Based on the aim of the thesis a case study was conducted to answer the research questions: (1) What factors influence the procurement process of non-medical innovations in the Norwegian health care sector? (2) What factors influence the sales process for an entrepreneur of non-medical innovations?

This case study includes qualitative interviews with hospital representatives and entrepreneurs, in addition to reviewing literature describing innovation in the hospital sector and entrepreneurs in the sales role. The case study method provides the ability to answer *why* rather than *what* and *how* Meredith [1998]. To describe the dynamics and factors affecting the sales and procurement process, the author chose to interview people associated with the procurement role in the regional health care authorities and entrepreneurs with sales experience of non-medical innovations to the health care sector.

New theory is mainly based on the literature study conducted by Berg et al. [2013] and presents the entrepreneur's activities in the sales process with four steps: *awareness, interest, evaluation* and *acquisition* [Blank and Dorf, 2012]. The case presentation is divided into two chapters that deals with *The procurement process of innovations in the health care sector* and *The entrepreneurial sales process of innovations to the health care sector*, respectively. Based on the analysis of the case presentation by sales theory, various findings are presented in the discussion chapter. To answer the research questions, factors for the entrepreneur and health care sector are presented through discussion of the findings from the analysis, and case material that is not covered by the analysis.

Important factors for the health care sector is to involve the purchasing department and other relevant decision makers early, conduct good market research, reduce adoption risks and ensure that innovation can be integrated into existing systems. An important aspect of Health-Norway is focusing on innovation procurement.

Important factors for the entrepreneur are to identify the buying center, anchoring innovation in the buying center, influencers and all decision makers, including the purchasing department, establish a reference group anchored across the health care sector, establish good relationship with Innovation Norway, and work closely with the end-users to reduce adoption risk.

Innhold

Forord	iv
1 Introduksjon	1
1.1 Helsesektoren har behov for innovasjon	1
1.2 Entreprenører er avhengige av salg, og salg er vanskelig	1
1.3 Anskaffelsesprosesser i helsesektoren er vanskelig	2
1.4 Salg av innovasjoner til helsesektoren er vanskelig	3
1.5 Formål	4
1.6 Omfang og avgrensning	4
1.7 Forskningsspørsmål	5
1.8 Begrepsavklaringer	5
1.9 Oppgavens oppbygning	7
2 Metode	8
2.1 Forfatterens motivasjon	8
2.2 Metodevalg	9
2.3 Planlegging	10
2.4 Intervjuobjekter	10
2.5 Informasjonsinnhenting	13
2.6 Forberedelse intervju	14
2.7 Gjennomføring av intervju	14
2.8 Case-studiets analyse	17
2.8.1 Transkribering av intervju	18
2.8.2 Reduksjon av case-materialet	19
2.8.3 Analyse av case-materialet og teori	20
2.9 Case-studiets begrensninger og troverdighet	20
3 Teori	23
3.1 Salgsprosessen	23
3.2 Bevisstgjøring	28
3.3 Interesse	29
3.3.1 Entreprenørens behov for kunnskap	29
3.3.2 Kjøpscenteret	30
3.3.3 Møte med kunden	32
3.4 Vurdering	34

3.5	Kjøp	36
3.6	Oppsummering teori	37
4	Helsesektorens anskaffelsesprosess av innovasjoner	39
4.1	Helse-Norge	39
4.2	Anskaffelsesprosesser for Helse-Norge	40
4.3	Regelverk for anskaffelse	43
4.4	Unntak fra LOA/FOA	45
4.5	Anskaffelse av innovasjon	46
4.6	Eksempler på ikke-medisinsk innovasjon i Helse-Norge . . .	50
4.7	Introduksjon av anskaffelse av ikke-medisinsk innovasjon i Helse-Norge	52
4.8	Anskaffelse av ikke-medisinsk innovasjon	54
4.8.1	Kartlegge behov	55
4.8.2	Danne tverrfaglig gruppe	58
4.8.3	Kravspesifikasjon	58
4.8.4	Konkurranse	59
4.8.5	Kontrakt	59
4.9	Oppsummering	60
5	Entreprenørens salgsprosess av innovasjoner til helsesektoren	64
5.1	Helsesektorens fokus på innovasjon	64
5.2	Finansielle støtteordninger	66
5.3	Initiering av salg av innovasjon til helsesektoren	68
5.4	Entreprenøren skaper interesse for innovasjonen	71
5.5	Salg	78
5.6	Oppsummering	79
6	Analyse	83
6.1	Bevisstgjøring	83
6.2	Interesse	85
6.3	Vurdering	90
6.4	Kjøp	94

7	Diskusjon	96
7.1	Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?	96
7.2	Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?	99
8	Konklusjon	107
9	Implikasjoner	108
A	Intervjuguide - Sykehusrepresentant	117
B	Intervjuguide - Entreprenør	119

Tabeller

- 3.1 Ulike salgssykluser fra 1920-2012, [Berg et al. [2013], side 22] 25

Figurer

- 2.1 *Salgs- og anskaffelsesprosessen sett fra hver av partene.* 11
- 4.1 *Generell anskaffelsesprosess for Helse-Norge* 41
- 4.2 *Oversikt over når LOA/FOA gjelder for de ulike anskaffelsene innen innovasjonsområdet [Grønli et al. [2012], side 3].* 48
- 7.1 *Viser hvordan en salgs- og anskaffelsesprosess kan se ut ved involvering av en tredjepart.* 105

1 Introduksjon

I denne masteroppgaven undersøkes hvilke faktorer som påvirker salg av ikke-medisinske innovasjoner til helsesektoren i Norge. Dette kapittelet vil ta for seg bakgrunnen for oppgavens formål, forskningsspørsmål, begrepsavklaringer, oppgavens omfang og begrensninger, og avsluttes med en beskrivelse av oppgavens oppbygning og struktur.

1.1 Helsesektoren har behov for innovasjon

Det kommer frem i stortingsmeldingen ”Et nyskapende og bærekraftig Norge”, at innovasjon vil kunne medføre store besparelser og forbedringer i helsesektoren [Regjeringen]. Det argumenteres for i Grønli et al. [2012] at helsesektoren har et stort samfunnsansvar for å bidra til verdiskaping og utvikling, i tillegg til at det ligger store muligheter i å utnytte eksisterende ressurser på nye og smartere måter ved å være mer innovative. Viktigheten av, og behovet for, innovasjon i helsesektoren blir vektlagt både nasjonalt og internasjonalt, og innovasjon i anskaffelsesprosessen har de senere år fått et nytt fokus [Grønli et al., 2012]. En konsekvens av det er at det for første gang arrangeres en egen årlig innkjøpskonferanse med fokus på innovasjon. I innkallingen til konferansen står det: *”Innovation is today a key factor for the performance of our healthcare system: it provides solutions for the challenges of tomorrow by improving patient care while boosting productivity and employment”* [for Public Procurement of Healthcare Innovation, 2013]. På bakgrunn av dette trekker forfatteren slutningen om at *helsesektoren har behov for innovasjon.*

1.2 Entreprenører er avhengige av salg, og salg er vanskelig

I gründermagasinet Eriksson [2012] uttaler en svensk entreprenør at i Norge oppfattes *selger* som et skjellsord, og mange stiller seg kritisk til å ta karriereveien som selger. I følge Rosell [2006] og intervjuede entreprenører, forbindes salg med noe negativt i Norge. Samtidig viser litteraturen at en entreprenørbedrift vil ha vanskelig for å overleve uten tilførsel av tilstrekkelig kapital gjennom salg [Casson [1982]; Evans and Leighton [1989]]. Dette hevdes også av Edvardsson et al. [2008]: *”From the sellers’ point of view, the ability to initiate new business relationships is crucial for busi-*

ness growth and survival” [Edvardsson et al. [2008], side 339], og Blank and Dorf [2012] sier at en entreprenør vil dø uten kunder.

I et intervju om hvilke egenskaper som er kritiske for entreprenører for å oppnå suksess, uttaler Greg Rollett, CEO av The ProductPros: *”Entrepreneurs need to know how to sell. (...) If you can’t sell, you will not succeed as an entrepreneur”* [Under30CEO, 2013]. Dette kommer også frem av Churchill and Lewis [1983] som viser til at oppstartsbedrifter er bygget på entreprenørens talent, hvor de aller viktigste faktorene for suksess er evnen til å oppfinne, produsere og selge. Samtidig viser det seg i en undersøkelse av Aagaard [2009] at flere norske ledere i mindre bedrifter mangler nødvendig salgskompetanse eller synes at salg er ubehagelig. Det er kanskje ikke så rart ettersom Rosell [2006] viser til at 80% av alle salgsprosesser ender i avslag. Presutti et al. [2007] påpeker at entreprenøren i en tidlig fase ikke innehar den nødvendige kapitalen som kreves for å ansette erfarne selgere, og at entreprenøren derfor må finne andre metoder for å inneha de nødvendige salgskunnskapene som trengs.

Den største forskjellen mellom egenskaper hos entreprenører og selgere er at entreprenøren karakteriseres som en mulighetsidentifiserer [McClelland, 1961, gjengitt i Burt [1993]; Astebro and Elhedhli [2006]] som motiveres av ideen i seg selv, noe som gjør entreprenøren til en naturlig selger [Schumpeter 1912, gjengitt i Burt [1993]], mens selgere gjerne er konkurransedrevet og motiveres av en ytre belønning [Oliver [1974]; Beltramini og Evans, 1988, gjengitt i Murphy and Dacin [1998]]. Ifølge Astebro and Elhedhli [2006] fokuserer entreprenøren i større grad på innovasjonen i seg selv, enn på det økonomiske aspektet ved den, noe som reduserer entreprenørens salgsevne. Selv om en oppstartsbedrift er sterkt fokusert på teknologi, så kan det argumenteres med at entreprenørens rolle i høy grad ligner selgerens rolle [Churchill and Lewis, 1983]. Det kan derfor trekkes slutning om at *entreprenører er avhengige av salg, og salg er vanskelig*.

1.3 Anskaffelsesprosesser i helsesektoren er vanskelige

I et studie utført av Dixon and Adamson [2011] viser det seg at veldig mange bedrifter har langt igjen før de klarer å bygge en kultur for innovasjon i anskaffelsesprosessen. I de siste årene har det vært stort fokus på

at offentlige innkjøpere overholder regelverket for offentlige anskaffelser. Ettersom fokuset har økt, har også antall klager økt. Grønli et al. [2012] viser til undersøkelser blant offentlige innkjøpere som føler seg presset til å skrive svært detaljerte og omfattende kravspesifikasjoner, i tillegg til å redusere dialogen med markedet, for å sikre seg mot klager og unngå å bryte regelverket. Grønli et al. [2012] skriver videre at denne utviklingen er svært uheldig for helsesektorens behov for innovasjon, samtidig som den er motstridig med hensikten for lovverket, som skal sikre økt verdiskapning i samfunnet gjennom anskaffelser. På bakgrunn av dette trekker forfatter slutningen om at *anskaffelsesprosesser i helsesektoren er vanskelige*.

1.4 Salg av innovasjoner til helsesektoren er vanskelig

På bakgrunn av slutningen om at *helsesektoren har behov for innovasjon, entreprenører er avhengige av salg, og salg er vanskelig, og anskaffelsesprosesser i helsesektoren er vanskelige*, drar forfatteren slutningen om at *salg av innovasjoner til helsesektoren er vanskelig*.

PwC har gjennomført en studie i samarbeid med Difi [2011, gjengitt i Grønli et al. [2012]] hvor denne utfordringen støttes. Den påpeker at strategier for å sikre innovasjon i anskaffelser mangler hos norske offentlige virksomheter. Det til tross for at det foregår betydelig forsknings- og utviklingsarbeid i norske helseforetak [Grønli et al., 2012].

En av entreprenørene som ble intervjuet i forbindelse med denne oppgaven påpeker behovet for innovasjon og utfordringene som entreprenørene opplever i helsesektoren, ved å argumentere for at dette er så viktig at den ferdigstilte oppgaven i sin helhet må sendes til Helseminister Jonas Gahr Støre: *"Jeg føler at dette her bør egentlig debatteres på høyt nivå. For jeg synes egentlig litt synd på avdelingslederne, for det at det .. de vet nesten ikke hva de skal gjøre. Det er derfor jeg sier: 'Send den til Støre.'* Det er kun der det kan gjøres noe. For alle snakker om innovasjon. Alle ønsker innovasjon. (...) Så det snakkes om i alle fora, og man har masse helseinnovasjonskonferanser, men avdelingslederne deltar jo aldri" E4.

1.5 Formål

Forfatter prøver å finne utfordringene som begge parter i en anskaffelse- og salgsprosess av innovasjon til helsesektoren opplever. Fra gjennomgang av relevant teori og intervju med personer på helsesektorsiden og entreprenørsiden, ønsker forfatter å identifisere faktorer som entreprenøren må forholde seg til for at et salg skal kunne gjennomføres til helsesektoren. Dette gir bakgrunn for masteroppgavens formål: *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren.*

1.6 Omfang og avgrensning

Denne oppgaven har som formål: *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren.* I dette delkapittelet vil forfatter forklare hvilke omfang og avgrensning som legges i formålet.

Faktorer som er avgjørende Oppgaven begrenser seg til å se på faktorer som påvirker salget, hvor entreprenørens ståsted er vektlagt. Til tross for at entreprenørens ståsted er vektlagt, vil meninger og utfordringer fra alle parter i salgsprosessen kunne ha påvirkning for et salg. Avgjørende faktorer er faktorer som må på plass for at prosessen skal leder til salg av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren. Salget blir sett under ett og lengden på salgsprosessen er ikke tatt høyde for.

Ikke-medisinsk innovativ løsning Med *ikke-medisinsk* ønsker forfatteren å begrense oppgaven til innovasjoner som ikke skal inn i kroppen, såkalt invaderende eller invasive legemidler eller utstyr, og dermed utelates det i denne oppgaven å behandle omfattende godkjenningprosesser som det hadde medført. Dette støttes av S2 som sier: *”Ja den godkjenningssordningen er nok en god avgrensning”*, i tillegg argumenterer E1 for at det er raskere å jobbe med ikke-medisinsk teknologi enn medisinsk teknologi. Ettersom oppgavens formål omfatter selve anskaffelsesprosessen, ser ikke oppgaven på hvorvidt de aktuelle innovasjonseksemplene faktisk dekker et behov eller er innenfor en akseptabel prisklasse. Videre i oppgaven vil

begrepet innovasjon betyr *ikke-medisinsk innovasjon*, med mindre annet er spesifisert.

Geografisk og industriavgrensning Ettersom regelverket for offentlige anskaffelser varierer fra land til land [E2], er det gjort en geografisk begrensning av oppgaven ved å kun omfatte norsk helsesektor. Om ikke annet er presisert, vil *offentlig sektor* referere til norsk offentlig sektor. Ettersom lovverket gjelder all offentlig virksomhet, vil resultatet i noen tilfeller være overførbart til andre industrier innenfor norsk offentlig sektor.

1.7 Forskningsspørsmål

Basert på formålet med masteroppgaven; *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren*, har forfatter stilt to forskningsspørsmål som danner grunnlag for å besvare formålet:

1. Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?
2. Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?

Besvarelse på forskningsspørsmålene blir presentert i konklusjonen i rekkefølge etter når det er naturlig at faktorene vil påvirke anskaffelses- eller salgsprosessen. Gjennom å besvare forskningsspørsmålene vil forfatter få innsikt i faktorer som er avgjørende for hver av partene i anskaffelse- og salgsprosessen. Disse faktorene vil sammen brukes til å besvare oppgavens formål.

1.8 Begrepsavklaringer

I oppgaven har forfatter brukt en rekke begreper. Under følger hvilke definisjoner forfatter legger i de ulike begrepene som er introdusert i formålet og forskningsspørsmålene over. Andre begreper defineres første gang de brukes.

Innovasjon Ettersom oppgaven omfatter ikke-medisinsk innovasjoner innen Helse-Norge, er det naturlig å ta utgangspunkt i definisjonen for innovasjon fra stortingsmeldingen ”Et nyskapende og bærekraftig Norge”: *”Innovasjon kan forstås som en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjon for å skape økonomiske verdier”* [Regjeringen].

Entreprenør Schumpeter [1934], Kirzner [1999] og Lachmann [1986] beskriver entreprenøren som en kreativ person som initierer forandring, og ifølge Ireland et al. [2003] er en viktig entreprenøriell egenskap å se muligheter. Denne oppgaven definerer derfor entreprenøren som en som utnytter muligheter for å løse et behov i markedet.

Selger I motsetning til entreprenøren, blir selger definert som: *”A party that makes, offers or contracts to make a sale to an actual or potential buyer”* [Dictionary, 2013].

Kunde I denne oppgaven omtales ikke kunden kun som den som har gjennomført et kjøp, men også den som potensielt sett kan kjøpe noe i fremtiden [Rosell, 2006]. Helsesektoren er beregnet som en industriell kunde, og industrielle kunder må ta hensyn til organisasjonens føringer som påvirkes av budsjett, kostnader og resultat [Webster and Wind, 1996]. I tillegg vil et kjøp involverer svært mange ulike personer med ulik beslutningsmyndighet og mål [Webster and Wind [1996]; Blank and Dorf [2012]]. Alle involverte personer i en anskaffelsesprosess omtales i sin helhet som en del av et kjøpscenter. I denne oppgaven er helsesektoren kunden, primært et sykehus, men også regionale helseforetak (RHF) som gjør anskaffelse på vegne av ett eller flere sykehus.

Kjøp og salg I oppgaven vil en kjøpsprosess fra kunden sin side omtales som anskaffelse, mens den fra entreprenøren sin side vil omtales som salg. Forfatter vil påpeke at i enkelte tilfeller vil siteringer bruke ordet ’innkjøp’ for anskaffelse, ettersom stillingstittelen er ’innkjøpsansvarlig’ for en som jobber med anskaffelser.

1.9 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i ni kapitler, og starter med bagrunnen for oppgavens formål og problemstilling i introduksjonskapittelet. Metodekapittelet presenterer metodevalg og hvordan forfatteren har gjennomført case-studiet. Kapittel 3 presenterer salgsteorien, mens kapittel 4 og 5 utgjør case-presentasjonen. I kapittel 4 presenteres *Helsesektorens anskaffelsesprosess av innovasjoner* og i kapittel 5 presenteres *Entreprenørens salgsprosess av innovasjoner til helsesektoren*. Ved hjelp av salgsteorien gjennomføres det en analyse av case-presentasjonen som presenteres i kapittel 6. Kapittel 7 diskuterer funn fra analysen og supplerer med data fra case-presentasjonen som analysen ikke dekker. Oppgaven avsluttes med å besvare forskningsspørsmålene i konklusjonen. Basert på funn i diskusjonen og resultat av forskningsspørsmålene avsluttes masteroppgaven med å foreslå implikasjoner for entreprenøren, Helse-Norge, norske innovasjonsarenaer og videre forskning. Referanseliste og vedlegg kommer bakerst i oppgaven.

2 Metode

Det er gjennomført et case-studie for å besvare forskningsspørsmålene 1 og 2. Case-studiet består av kvalitative forskningsintervju med sykehusrepresentanter og entreprenører, i tillegg til gjennomgang av litteratur som beskriver innovasjon i helsesektoren og entreprenøren i salgsrollen. Metodekapittelet er konstruert slik at leseren får forståelse for forfatteren sin prosess gjennom masterskrivingen. Forfatteren starter med å beskrive sin motivasjon, og beskriver deretter bakgrunn for metodevalg, hvordan intervjuobjektene ble valgt ut, hvordan relevant litteratur ble funnet, hvilke forberedelser som ble gjort i forkant av intervjuene, selve gjennomføringen av intervjuene, transkriberingsprosessen, reduksjonen av case-materialet, og metode for analyse. Metodekapittelet avsluttes med case-studiets begrensninger og troverdighet.

2.1 Forfatterens motivasjon

Høsten 2012 skrev forfatteren en prosjektoppgave i faget TIØ4530 Innovasjon og entreprenørskap, fordypningsprosjekt med tittel: "Entreprenørens salgsrolle: Faktorer som effektiviserer løsningsorienterte salgsprosesser" Berg et al. [2013]. Prosjektoppgaven danner grunnlaget for teorikapittelet i oppgaven. Forfatteren er til daglig masterstudent ved NTNUs Entreprenørskole. Under studiet har forfatteren jobbet i en oppstartsbedrift som blant annet prøver å gjennomføre salg til helsesektoren. Dette viste seg å være en tung og vanskelig prosess hvor forfatteren opplevde mange utfordringer for salg av en ikke-medisinsk innovativ løsning. Forfatterens frustrasjon i salgsprosessen er derfor et viktig bidrag til oppgavens formål: *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren.*

En viktig motivasjonsfaktor for forfatteren er ønske om å tilegne seg kunnskap om hvordan anskaffelsesprosesser i norsk helsesektor fungerer. Forfatteren har også et ønske om å utvikle sine egne salgsferdigheter og gjennomføre salg av innovative løsninger til helsesektoren. Forfatteren ser et stort behov for å utvikle salgsevner uavhengig av karrierevei, og motive-res også av at resultatet kan benyttes av andre entreprenører som ønsker å selge ikke-medisinske innovative løsninger til helsesektoren.

Ettersom forfatterens engasjement i oppstartsbedriften opphørte i mars 2013, ble det vanskelig å gjennomføre case-studie av salg i egen oppstartsbedrift slik som skissert i masterkontrakten. Derfor ble det i samarbeid med veileder enighet om å gjennomføre et case-studie ved intervju av entreprenører og representanter i innkjøpsposisjon på sykehus.

2.2 Metodevalg

For å besvare forskningsspørsmålene har forfatter utført et kvalitativt case-studie av entreprenører og sykehusrepresentanter. *"A case study is usually seen as a specific research strategy"* [Eisenhardt, 1989; Yin, 1989, gjengitt i Halinen and Törnroos [2005], side 1286]. Yin [1989, side 23, gjengitt i Halinen and Törnroos [2005], side 1286] definerer case-studie som: *"an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident and in which multiple sources of evidence are used"*. Meredith [1998] vektlegger at case-studie gir anledning til å studere noe i sitt naturlige element, og det besvarer *hvorfor* heller enn *hva* og *hvordan*. Eisenhardt [1989] fokuserer på at case-studiet gir mulighet for å tydeliggjøre dynamikken i det som studeres.

Et intervju er en profesjonell interaksjon mellom to parter. Intervju som metode er ofte brukt i case-studier som fokuserer på en bestemt person, situasjon eller institusjon. Kvale [2007] legger vekt på én type forskningsintervju: et semistrukturert livsverden intervju. Det er definert som et intervju med mål om å kartlegge og tolke intervjuobjektets beskrivelse av sin livsverden. Gjennom intervju får man vite hvordan ulike personer oppfatter sin verden og sitt liv. Til forskjell fra andre typer kvalitative studier, har et kvalitativt forskningsintervju få standardiserte regler og vanlige metodologiske konvensjoner [Kvale, 2007]. Når det er semistrukturert ligner det på en dagligdags samtale, men som et profesjonelt intervju har det også en mening, samtidig som det inneholder spesifikke fremgangsmåter og teknikker. Det er hverken en åpen dagligdags samtale, eller en avgrenset utspørring. På bakgrunn av dette har forfatter valgt å gjennomføre et kvalitativt case-studie med intervjuer som metodevalg for å besvare

forskningsspørsmålene i henhold til oppgavens formål. Intervjuene som er utført er bygget opp basert på ”Doing Interviews” av Kvale [2007], som ble anbefalt av oppgavens veileder.

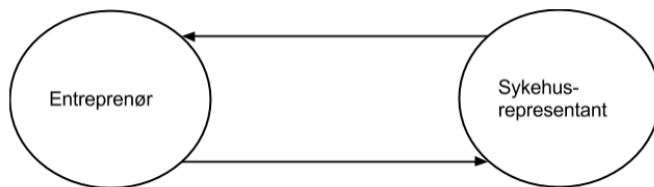
2.3 Planlegging

Basert på motivasjonen for oppgaven bestemte forfatteren seg for oppgavens formål, som videre ble brutt ned i to forskningsspørsmål, og valg av metode. Videre startet forfatteren tre prosesser samtidig: Legge en overordnet plan for hele prosessen, finne og kontakte intervjuobjekter, og lese relevant litteratur. Den overordnede planen inkluderte hvordan materialet skulle struktureres og analyseres. Kvale [2007] påpeker at det er viktig å tenke på helheten til oppgaven helt fra planleggingsfasen, slik at materialet lettere kan analyseres. Forfatteren har fra planleggingsfasen prøvd å tenke nøye gjennom hvilke etiske utfordringer som kan oppstå innenfor oppgavens formål og forskningsspørsmål. Kvale [2007] vektlegger nemlig at intervjuobjektet må føle seg trygg og at intervjuer ikke må misbruke situasjonen uetisk. Derfor ønsket forfatter opprinnelig å gjøre intervjuobjektene anonyme. Kvale [2007] påpeker at valg som gjøres på ett stadiet i et kvalitativt forskningsstudie enten kan åpne eller lukke muligheter på andre stadier. Etter at intervjuene var gjennomført ønsket ikke forfatter å ha anonyme intervjuobjekt i oppgaven. Dette hadde grunnlag i at forfatteren innså hvor viktig oppgavens formål er, og ønsket derfor å gjøre oppgaven mer personlig for leseren ved å sette ansikt på problematikken. Ettersom intervjuene ble gjennomført med lovnad om anonymitet, var det enkelte av intervjuobjektene som ønsket å opprettholde dette. Ønsket om å ivareta anonymitet ble derfor respektert.

2.4 Intervjuobjekter

Som skissert tidligere i kapittelet er det utført et case-studie av sykehusrepresentanter og entreprenører, for å se anskaffelses- og salgsprosessen fra begge sider, som vist i Figur 2.1. I følge Eisenhardt [1989] skal case-materialet i case-studier velges basert på deres teoretiske nytteverdien. Eisenhardt [1989] spesifiserer at tilfeldig utvelgelse er hverken nødvendig

eller foretrukket i studier som har som mål å bygge teori fra case-studier. Derfor er intervjuobjektene utvalgt på bakgrunn av erfaring som kan bidra til å besvare oppgavens forskningsspørsmål. For å innhente case-materiale fra personer med beslutningsmyndighet, har forfatteren valgt intervjuobjekter som Kvale [2007] omtaler som *elites*: ledere eller eksperter innenfor et området. Alle intervjuobjektene har derfor en form for lederstilling eller er ansatt på innkjøpsavdelingen i et RHF. Det gir ifølge Siggelkow [2007] en viss innsikt i beslutningsprosesser som andre ansatte i helsesektoren, for eksempel sykepleiere, ikke nødvendigvis har kunnskap om.



Figur 2.1: Salgs- og anskaffelsesprosessen sett fra hver av partene.

Forfatteren hadde mål om å intervju fire sykehusrepresentanter og fire entreprenører. Representantene for helsesektoren blir omtalt som *sykehusrepresentanter*. Ettersom Helse-Norge består av fire RHF, i tillegg til at oppgaven er avgrenset geografisk til den norske helsesektoren, mener forfatter at det er tilstrekkelig å intervju én fra hvert RHF. Dette er for å kartlegge likheter og ulikheter mellom hvert RHF, og deretter kunne trekke en parallell for hva som er mest gjeldende praksis. For å balansere antall intervjuer i hvert del av case-studiet, ble det planlagt å utføre like mange intervjuer blant entreprenørene som blant sykehusrepresentantene.

Prosessen med å finne intervjuobjekter gikk i flere faser. Først ble representanter fra Helse Midt-Norge RHF kontaktet gjennom en referanse i nettverket til forfatteren, mens fase to gikk på å søke etter kontaktinformasjon til innkjøpsansvarlige i hvert RHF, hovedsaklig via HINAS sin nettside (www.hinas.no). HINAS er beskrevet senere i oppgaven. Alle intervjuobjektene som representerer helsesektoren, er tilknyttet et RHF, og de fleste er ansatt på innkjøpsavdelinger. I tillegg anbefalte flere av representantene hverandre på spørsmål om hvem andre jeg burde snakke med.

Dette er med på å styrke troverdighet om at sykehusrepresentantene utgjør et representativt utvalg for å besvare forskningsspørsmålet. Ettersom muligheten til å gjennomføre ett ekstra intervju åpnet seg, ble det totalt utført fem intervjuer av sykehusrepresentanter. Alle intervjuobjektene viste seg å ha en tilknytning til utviklingen av rapporten Grønli et al. [2012], med tittel: Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser".

I neste fase tok forfatteren kontakt med entreprenører. Først gjennom eget nettverk, og deretter tipset både entreprenører og sykehusrepresentanter om andre entreprenører å kontakte. Det ble gjennomført totalt seks intervju av entreprenørrepresentanter, hvor ett ble forkastet i etterkant på grunn av manglende relevans for oppgavens formål. Alle intervjuobjektene ble første gang kontaktet via email. Fire av de fem entreprenørene er daglig leder i bedriften sin, mens felles for alle er at de har eierskap i bedriften de representerer. Alle har nåværende eller tidligere erfaring med å selge til helsesektoren. Alle entreprenørene utenom én har gjennomført salg av innovasjoner til helsesektoren i Norge, mens den siste kun har vært tilknyttet helsesektoren i USA, til tross for at firmaet er fra Norge. To av intervjuene ble gjennomført på engelsk.

I tillegg til intervjuene med sykehusrepresentantene og entreprenørene, ble det gjennomført et intervju med en tredjepart. Dette intervjuet gikk på svensk, hvor intervjuobjektet godkjente transkriberingen på norsk i ettertid. Bakgrunnen for å intervju en tredjepart var at flere av intervjuobjektene [S4; S5; E1; E2; E3] nevnte at de har benyttet seg av tredjeparter i enten anskaffelses- eller salgsprosessene sine. K1 representerer et konsulentfirma som ofte blir hyret inn for å bistå med rådgivning til i hovedsak økonomidrivene endringsprosjekter. Gjennom å arbeide tett på helsesektoren, har K1 opparbeidet seg god forståelse for hvordan helsesektoren tenker og jobber, og kompetansen deres blir derfor også leid inn til bedrifter som trenger denne forståelsen. Tredjeparten ble derfor intervjuet med utgangspunkt i intervjuguiden for entreprenørene, mens selve intervjuet endte opp med å fokusere på hvordan K1 oppfattet helsesektorens fokus på innovasjon, og hvilke utfordringer entreprenørene møter.

Selv om de valgte intervjuobjektene kun representerer en liten mengde av helheten, er forfatteren under den oppfatning at case-presentasjonen danner et grunnlag som synliggjør en kompleks og krevende situasjon for entreprenører og sykehusrepresentantene. På bakgrunn av dette mener forfatter at den utvalgte case-presentasjonen gir mulighet for en god analyse og diskusjon for å besvare forskningsspørsmålene.

2.5 Informasjonsinnhenting

Datainnsamlingen til denne masteroppgaven var en intens prosess som gikk over to måneder med tre hovedkilder til informasjon: (1) semistrukturerte intervjuer, (2) dokumentasjon som artikler, rapporter og bøker, (3) i tillegg til teori basert på litteraturstudiet fra Berg et al. [2013]. Kunnskap fra intervjuene er hovedkilden til det case-materialet, selv om forfatterens kunnskap rundt tematikken økte ved gjennomgang av dokumentasjon.

Siden forfatteren hadde svært lite kunnskap om helsesektoren i forkant av intervjuene, satt forfatteren seg inn i skriftlig materiale for hvordan helsesektoren forholder seg til anskaffelse av innovasjon. Forfatter ble tipset om en relativt fersk rapport [Grønli et al., 2012] som er svært sentral i case-presentasjonen i kapittel 4, og belyser i hovedsak helsesektoren sin side. I tillegg fant forfatteren frem til presentasjoner og andre rapporter som helsesektoren har lagt ut på sine nettsider. Litteraturen beskriver også lovverket som regulerer anskaffelsesprosessen. Gjennom litteraturen fikk forfatter god kunnskap om helsesektoren og innovasjon, noe Kvale [2007] argumenterer for at er viktig for å bygge kredibilitet og tillitt hos intervjuobjektet.

Etttersom forfatter har valgt å intervju personer som Kvale [2007] omtaler som *elites*, er det viktig at intervjueren har kunnskap om tematikken som skal diskuteres, og kan snakke intervjuobjektets tekniske språk. Ved at intervjueren viser inngående kunnskap om temaet som opptar intervjuobjektene, bygges det tillitt og respekt, og det kan hende at det blir gitt mer informasjon enn opprinnelig planlagt. Forfatteren har lagt vekt på dette ved å stille relevante oppfølgingsspørsmål som viser forståelse på området. Dette vises med eksempel på en kommentar fra en av intervjuobjektene

på et oppfølgingsspørsmål fra forfatter: ”Du er godt orientert skjønner jeg. Det er bra” [S5].

I litteraturstudiet fra Berg et al. [2013] etableres et rammeverk for hvordan entreprenøren kan effektivisere salgsprosessen sin. Litteraturstudiet begrenset seg til å se på entreprenørens første salg. For å komme frem til rammeverket ble det blant annet gjennomført en omfattende studie av ulike salgsprosesser. Sammen med anbefalte artikler og bøker fra eget nettverk, danner det grunnlag for salgsteorien i teorikapitlet.

2.6 Forberedelse intervju

Med analysen innbakt i planen, ble to intervjuguider konstruert med relevante tema og spørsmål sterkt knyttet opp mot forskningsspørsmålene [Kvale, 2007]. Intervjuguidene ble laget i forkant av første intervju, og ble oppdatert kontinuerlig basert på erfaringene gjort fra ett intervju til et annet. De to intervjuguidene ble brukt under intervjuene med henholdsvis sykehusrepresentantene og entreprenørene, og ligger under ’vedlegg’ i sin endelige form.

I forkant av hvert intervju skaffet forfatteren seg kunnskap om intervjuobjektet ved å søke på google, sosiale medier og LinkedIn. På den måten ville forfatter kunne føre en ”small talk” i starten av intervjuet som et bidrag til at intervjuobjektet skulle føle trygghet i settingen [Kvale, 2007].

2.7 Gjennomføring av intervju

Første intervju ble gjennomført 02.04.2013 og siste 06.05.2013. Totalt ble det gjennomført 12 intervjuer, med en gjennomsnittslengde på 1 time pr. intervju. 11 av de 12 intervjuene blir brukt i oppgaven. Fire av de 12 intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt. To blant sykehusrepresentanter og to blant entreprenørene. Alle intervjuobjektene godkjente at det ble gjort opptak av intervjuet, som grunnlag for transkriberingen. Enkelte av intervjuobjektene krevde å få godkjenne sitater og tolkning av det de presenterte under intervjuet. Det ble ikke diskutert konsekvenser for deltagelse med intervjuobjektene, da intervjuer anså det som frivillig å delta,

under forutsetningen om å være anonym.

Intervjuguidene ble ikke fulgt slavisk, da intervjuene er semistrukturert og *utforskende* [Kvale [2007]; Yin [2009]]. Et utforskende intervju er vanligvis åpent med lite planlagt struktur. Intervjuer introduserer intervjueren med et tema eller en utfordring, og følger opp på svarene til intervjuobjektet. Dette kan føre til at forfatteren må ta *"on the spot"* avgjørelser som kan avvike fra de oppsatte spørsmålene [Kvale, 2007]. Intervjuspørsmålene ble uttrykket med dagligdags tale under intervjuet, i motsetning til forskningsspørsmålene som er teoretisk preget [Kvale, 2007].

Som anbefalt i Kvale [2007] startet hvert intervju med introduksjon av formålet til masteroppgaven, avklarte om det var *ok* å gjøre opptak av intervjuet, hvor lang tid som var til rådighet, og om intervjuobjektet hadde noen spørsmål før intervjuet startet. Første spørsmål var alltid: *"Kan du fortelle meg litt om bakgrunnen din?"* Spørsmålet ble stilt for å gjøre intervjuobjektet komfortabel. Intervjuet ble alltid avsluttet med spørsmål som: *"Er det noe rundt problemstillingen du mener at vi ikke har fått dekket av de forrige spørsmålene? Er det noe mer jeg bør tenke på rundt denne problemstillingen?"*, *"Er det noen andre personer du mener jeg bør komme i kontakt med?"* og *"Er det noe litteratur du mener jeg bør lese?"* I noen tilfeller listet også forfatteren opp hovedtrekkene fra intervjuet, noe Kvale [2007] trekker frem som en viktig del av debrifingen av et intervju for intervjuobjektet. Etterfulgt av intervjuspørsmålene spurte forfatter om det var greit å ta kontakt for oppfølgingsspørsmål i etterkant, og samtidig ble det fortalt når oppgaven ville bli ferdig og klar for gjennomlesing av andre parter.

Hvert intervju hadde fokus på utfordringene som helseforetaket eller entreprenøren står overfor når en ikke-medisinsk innovasjon blir introdusert til et sykehus. Etter hvert som forfatter dannet seg et bilde over hvilke utfordringer som foreligger, foreslo forfatter utfordringer som tidligere var blitt nevnt til nye intervjuobjekt, for å få bekreftet eller avkreftet disse. Dette ble kun gjort om intervjuobjektet selv ikke nevnte utfordringene.

Intervjuers oppgave er å avklare, så langt som mulig, om uklarheter og

motstridende uttalelser fra intervjuobjektet skyldes en svakhet i kommunikasjonen i intervjusituasjonen, eller om de reflekterer ekte inkonsekvenser, ambivalens eller motsetninger i intervjuobjektets livssituasjon [Kvale, 2007]. Kontroll- og avklarings spørsmål danner et godt grunnlag for validering av tolkning under intervjuet. Forfatter har derfor i de tilfeller hvor det er mulig bedt intervjuobjektet om å eksemplifisere svarene sine. Ved flere anledninger har intervjuobjektet selv eksemplifisert uoppfordret. Når påstander som er relevant for å besvare forskningsspørsmålet ble nevnt, har forfatter bedt om å få disse bekreftet, slik som i et intervjuutdrag under. Der beskriver E3 utfordringen deres med endring i arbeidsrutinene til de ansatte på sykehuset.:

"I2d: Og avviket er da at pasienten må komme en time før, og at du må ta telefonen?"

S2d: Ja, du må ta telefonen og det er flere som er involvert. Flere avdelinger." [E3]

Av entreprenørene har alle tidligere erfaring med å bli intervjuet, mens de fleste av sykehusrepresentantene innehar denne erfaringen. *Elites* som har mye erfaring med å bli intervjuet, kan det medføre en bias hvor de har forberedt en *talk track* som de presenterer. Det medfører høyere krav til intervjuerens evne til å hente ut informasjon som går utenfor potensielle *talk tracks* [Kvale, 2007]. Forfatteren prøvde å forsere denne utfordringen ved å ikke dele intervjuguiden på forhånd, men heller å presentere oppgavens formål. Under intervjuene med enkelte av sykehusrepresentantene opplevde forfatter at de virket mer forberedt på svarene og hadde tenkt seg ut spørsmål som kunne bli stilt i forkant. Forfatteren prøvde da å stille oppfølgingsspørsmål for å gå dypere inn på noe tematikk som intervjuobjektet i starten forteller om.

Forfatteren noterte seg nye lærdommer under hele intervjuprosessen, som for eksempel å speile den man snakker med, ikke hold hånden foran munnen når man snakker, ikke avbryt intervjuobjektet når vedkommende tar en liten tenkepause, ikke fortsett å stille spørsmål om intervjuobjektet ikke svarer med det samme. *"(...) taking into account that the interviewer may become wiser throughout the study."* [Kvale [2007], location 1130]. Forfatteren opplevde nemlig i de første intervjuene å stille oppfølgingsspør-

mål som besto av flere spørsmål. Forfatter hadde også lett for å reformulere spørsmålet før intervjuobjektet hadde svart, da forfatter ikke var klar over at mangel på svar betyr at vedkommende tenker, og ikke nødvendigvis ”*jeg forstår ikke*”. På grunn av dette kan det i etterkant ha vært uklart hva intervjuobjektet svarte på. Ettersom det er forfatter som gjennomførte intervjuene, ble hukommelsen brukt i de tilfeller dette var uklart.

Kvale [2007] presenterer ulike måter å kvalitetssikre intervjuet på. Noen av disse er *styring* av intervjuet, *å være kritisk* til det som blir sagt, og *å tolke* det som blir sagt. Forfatteren opplevde å ha ulik kritisk tilnærming til svarene til sykehusrepresentantene og entreprenørene. I forhold til intervjuene med sykehusrepresentantene var forfatter observant på svar som lød politisk korrekt, og gikk dermed i dybden på den typen svar. Basert på svarene til entreprenørene opplevde forfatteren å være kritisk til utfordringene, ettersom entreprenørene var veldig opphengt i sine utfordringer, som ikke alltid var like generaliserbare. For å validere disse svarene prøvde forfatter å stille de samme spørsmålene og se etter hvilke svar som kom. Om svaret avviker fra hva andre presenterer, vil forfatter til slutt presentere andres utsagn for å få dem bekreftet eller avkreftet. En annen måte å kvalitetssikre intervjuet på er *å huske* det som er sagt tidligere for å kunne komme tilbake til det senere i intervjuet [Kvale, 2007]. Dette løste forfatter ved å skrive korte notater under intervjuet for å ta opp igjen tråder senere under intervjuet.

2.8 Case-studiets analyse

Dataanalysing består av å lese, undersøke, organisere, kategorisere, teste og diskutere case-presentasjonen som er samlet under case-studiet [Yin, 2009]. Dataanalysen er det viktigste steget i en case-studiet da det forfatteren får mulighet til å trekke slutninger og konklusjoner på datainnsamlingen [Eisenhardt, 1989]. Analysen startet alt under selve intervjuene, gjennom å be om bekreftelse på at forfatter har tolket et utsagn rett [Kvale, 2007]. For eksempel så stilte forfatter spørsmålet: ”*Could you clarify: Did HE approach you with a problem that he thought you could solve with your technology?*” [fra intervjuet med E1]. Dataanalysen startet med å transkribere intervjuene, redusere informasjonen for å presentere i case-presentasjonen, og selve gjennomførelsen av analysen av case-

presentasjonen.

2.8.1 Transkribering av intervju

Etter hvert intervju ble notatene fra intervjuet digitalisert. Alle intervjuene ble spilt inn ved hjelp av programmet *Taleopptak* på iPhone 4 eller *Photo Booth* for Mac. Intervjuene resulterte i 11 transkriberte tekster, ettersom ett intervju ble forkastet i etterkant. Disse 11 transkriberingene ble stort sett gjennomført over en intensiv uke på vel 50 timer, og resulterte i 126 sider, eller 65,000 ord. De første intervjuene tok det lengre tid å transkribere enn de senere, ettersom forfatteren ble flinkere til å transkribere og avgjøre hva som ville være av verdi for forskningsstudiet.

Selve transkriberingen ble gjennomført ordrett, hvor all dialekt ble ”oversatt” til bokmål etter beste evne. I ett tilfelle hvor intervjuet ble ført på svensk, ble transkriberingen oversendt intervjuobjektet i etterkant for godkjenning av den norske transkriberingen. Muntlig språk som ”mhm” er ikke tatt med i transkriberingen, mens naturlige pauser er beskrevet med ”..”. Der hvor forfatteren ikke har klart å tolke ordrett hva som er sagt, er det kommentert. Det er også blitt hyppig kommentert i teksten ved hjelp av ”#” og rød skrift. Dette er for å skille mellom hva som er kommentarer fra forfatter og faktiske sitat. Det har gjort det lettere for forfatteren å gjennomgå teksten i etterkant. Sitat som er av særlig interesse er blitt markert med fargen gul. Der forfatter mener at dialogen er urelevant for oppgavens formål, er det poengtert inne i ”[]”, samtidig som det er en kort beskrivelse av hva dialogen går ut på. Kvale [2007, location: 2150] argumenterer nemlig for at intervjueren skal stille seg selv spørsmålet: *”What is a useful transcription for my research purpose?”*, og forfatteren står dermed fritt til å ta denne avgjørelsen på grunnlag av de forutsetningene som er tilstede for å ta et godt valg. Kvale [2007] mener også at det ikke finnes noen fasit. Utbrudd som latter og sukking er ikke inkludert i transkriberingen. Dette er fordi det ikke har vært særlig tilstedet under intervjuet. Forfatter har der i mot beskrevet humør og annet merkbart, samt positur i de tilfeller det er gjeldende. De intervjuobjektene som ønsket det, har godkjent transkribering eller sitater i etterkant av intervjuet.

Under transkriberingen etablerte forfatteren to matriser, en for syke-

husrepresentantene og relevant teori, og en for entreprenørene. Matrisene hadde navn på intervjuobjektene bortover, og ulike tema og utfordringer som kom frem under intervjuet listet nedover.

2.8.2 Reduksjon av case-materialet

Etter transkriberingen fulgte reduksjon og behandling av dataen [Miles and Huberman, 1994]. Denne reduksjonen av transkriberingene følger ulike teknikker, referert til som *bricolage* [Kvale, 2007]. I tillegg til å kommentere og markere i selve transkriberingen, satt forfatteren opp to matriser, som nevnt over. Ved hjelp av matrisen fikk forfatteren en systematisk oversikt over hvem som uttalte seg om hva, og kunne dermed lettere skrive case-presentasjonen [Aarseth et al., 2011]. På den måten ble det synlig hvilke meninger og hvordan hver av intervjuobjektene svarte på spørsmålene. De første transkriberte intervjuene ble fylt inn i matrisen mens transkriberingen foregikk, men etter hvert erfarte forfatteren at det var lettere å fylle inn matrisen etter at alle transkriberingene var gjennomført. Ved hjelp av kommentarer i teksten og søk med nøkkelord i den ferdig transkriberte teksten, sikret forfatter at all relevant informasjon fra intervjuene ble inkludert.

Case-presentasjonen ble først strukturert med å skrive tekst basert på temaer som ble diskutert, heller enn kronologisk rekkefølge. Siggelkow [2007] påpeker at gruppering av data er en effektiv måte å strukturere dataen på. Det ble dermed tydelig for forfatteren at det er flere temaer som går igjen og er felles for case-materialet. Forfatter kom etter hvert frem til en struktur som hadde som formål og forberede case-materialet og teorien for analysen, ved å ha gjennomgående struktur. På grunnlag av det er anskaffelses- og salgsprosessen utgangspunkt for struktur i både teori-kapittelet og case-presentasjonen.

For å ivareta anonymitet er sykehusrepresentantene og entreprenørene referert som S1, S2, ..., S5 og E1, E2, ..., E5. Selv om de fleste intervjuobjektene godkjente å fjerne anonymiteten, valgte forfatteren å gjøre det likt for alle. Til tross for det, har for eksempel forfatteren inkludert navn på oppstartsfirmaene til entreprenørene som godkjente å ikke være anonyme.

2.8.3 Analyse av case-materialet og teori

Analysen av case-materialet ble gjennomført ved å ta utgangspunkt i salgsteorien, og videre anvende denne på case-presentasjonen for å trekke slutninger som videre ledet til faktorer, som bidrag til å besvare forskningsspørsmålene. Analysen ble gjennomført ved å systematisk gjennomgå hver del av teorikapittelet og så se på hva case-presentasjonen sa om det. Etter hvert som elementer fra case-presentasjonen ble analysert, ble gjenværende tekst i case-presentasjonen redusert. På den måten unngikk forfatter å glemme elementer fra case-materialet. Ettersom teorien ikke begrenser seg til å omfatte helsesektoren og dens begrensninger på salgsprosesser, blir ikke all data fra case-materialet belyst av teorien. Dette er derfor diskutert i diskusjonskapittelet, sammen med funn fra analysen. Dette danner til sammen grunnlaget for besvarelse av forskningsspørsmålene og konklusjon og implikasjoner for masteroppgaven.

2.9 Case-studiets begrensninger og troverdighet

Forfatteren, som selv er entreprenør, har en naturlig bias for å legge hovedvekt på og ta parti med entreprenørens utfordringer i prosessen. Yin [2009] mener at det er viktig å være kritisk med bruk av kilder, og utfordringen med case-studiet har vært å få tilgang til og dekke all relevant informasjon innen formålets omfang, og prosessere denne informasjonen innen studiets varighet. Forfatteren har i stor grad blitt begrenset til å komme i kontakt intervjuobjekter via eget og intervjuobjektens nettverk, noe som kan ha ført til at studiet har vært blind for andre relevante intervjuobjekter som muligens finnes i andre nettverk. Siden mange av intervjuobjektene har referert til hverandre, er det også en mulig bias at de mener det samme.

Ifølge [Halinen and Törnroos, 2005] kan gjennomføringen av et case-studie være veldig krevende for én person. Forfatteren er enig i denne påstanden, og har i ettertid innsett at størrelsen på case-studiet har vært i overkant mye. Datamengdene har vært store, og motivasjonen for oppgaven har vært varierende, særlig siden forfatterens opprinnelige motiv for å velge oppgaven er falt bort etter at arbeidet med egen oppstartsbedrift opphørte. Til tross for det har intervjuene med entreprenørene i særlig grad økt forfatterens motivasjon ved å vektlegge hvor viktig resultatet fra

oppgaven vil være for dem, og andre etter dem.

Å gjennomføre forskning som bidrar til resultater som skal være *sanne*, er vanskelig. Dette er særlig side forskningen omhandler kvalitative data, hvor både forfatteren og leseren av oppgaven kan tolke teksten på ulike måter, ettersom datainnsamlingen ikke er målbar og strukturert som i kvantitative studier [Yin, 2009]. Med store mengder transkribert tekst har det vært en utfordring for forfatteren å identifisere og trekke frem kun det viktigste for å besvare forskningsspørsmålene [Eisenhardt, 1989], og samtidig ivareta case-studiets troverdighet. Forfatter bruker derfor Lincoln and Guba [1985] til å etablere *troverdighet* i case-studiet ved å se på: *Kredibilitet, overførbarhet, avhengighet og bekreftbarhet*.

Kredibilitet Kvale [2007] argumenterer for at kvalifikasjonene som kreves for å gjennomføre et forskningsintervju på profesjonelt nivå krever flere års trening, noe som mangler hos forfatter, og derfor blir en naturlig bias til intervjuenes gjennomføring og kredibilitet. Forfatteren gjennomførte transkriberte og analyserte alle intervjuene på egenhånd. Det er med på å svekke kredibiliteten til forskningsstudiet [Eisenhardt, 1989], samtidig som forståelsen av dataen er konsekvent, noe som på den andre siden øker kredibiliteten. Som nevnt tidligere, ba forfatteren om bekreftelse på korrekt tolkning av utsagn under intervjuene. Det er med på å styrke kredibiliteten til datainnsamlingen [Lincoln and Guba, 1985].

Kvale [2007] hevder at kunnskapen som dannes mellom intervjuer og intervjuobjekt avhenger av den sosiale relasjonen mellom dem, som igjen er avhengig av intervjuerens evne til å gjøre intervjuobjektet trygg og fortrolig til å snakke om private opplevelser, som senere skal presenteres for offentligheten. Den kvalitative intervjueren oppfordrer intervjuobjektet til å beskrive så detaljert som mulig hvordan noe er opplevd og følt, og hvordan de handlet i den situasjonen [Kvale, 2007]. Forfatterens kunnskapen økte mellom intervju 1 og intervju 12, og de ble derfor gjennomført med ulikt utgangspunkt. For å øke kredibiliteten til forskningsstudiet har datainnsamlingen blitt triangulert gjennom at det er flere av intervjuobjektene som omtalte samme tema.

Overførbarhet Overførbarhet omfatter hvordan et case-studiet kan være generaliserbart, ettersom det i motsetning til en kvantitativ undersøkelse prøver å finne analytisk generaliserbare resultater som kan danne grunnlag for en større teori Yin [2009]. Generaliserbarhet er avhengig av at funn kan overføres fra case-studiet til en større mengde [Meredith [1998]; Halldórsson and Aastrup [2003]]. Forfatter har valgt ut case-materiale basert på at resultatene i høyeste grad skal være overførbare innenfor forskningsstudiets avgrensninger.

Avhengighet Avhengighet omtales som pålitelighet, og omhandler stabiliteten til datainnsamlingen over tid [Lincoln and Guba, 1985]. Forskingen er pålitelig hvis en annen forsker kan følge sammen fremgangsmåte som beskrevet i metoden og komme frem til samme resultat [Yin, 2009]. For å ivareta et pålitelig forskningsstudiet har forfatteren beskrevet en omfattende metode for fremgangsmåten, som beskrevet i dette kapitlet.

Bekreftbarhet Forfatteren har bevisst brukt mange sitater under case-studiet slik at leseropplevelsen får et personlig og autentisk preget. Bekreftbarhet omtales også som begrepsvaliditet, og identifiserer korrekte målemetoder for konseptene som studeres [Yin, 2009]. Funn i analysen skal derfor være basert på case-presentasjonen og ikke forfatterens egen bias [Lincoln and Guba, 1985].

3 Teori

Det er skrevet mye om innovasjon og entreprenørskap på den ene siden, og salgsteknikker for etablerte selgere på den andre siden. Det finnes imidlertid lite litteratur om entreprenøren i salgsrollen [Berg et al., 2013]. For å besvare forskningsspørsmålene, blir det først sett på hva litteraturen sier om entreprenøren i salgsrollen. Forfatteren har derfor lest relevant teori på området, med utgangspunkt i litteraturstudiet som ble utført i Berg et al. [2013].

Kapittelet starter med å se på hvordan litteraturen beskriver ulike former for salgsprosesser, både for etablerte selgere og entreprenører, og videre er kapittelet strukturert med utgangspunkt i en av disse salgsprosessene, hvor forfatteren presenterer hva litteraturen mener at entreprenøren bør gjøre i hvert av stegene i prosessen frem til salget av innovasjonen, samt veien videre for entreprenøren.

Forfatteren har i de tilfeller hvor flere litterære verker omtaler samme tema, belyst hva som er felles og hvordan de skiller seg fra hverandre. Dette danner grunnlag for diskusjon, basert på sammenligning med empirien som presenteres i neste kapittel. Det må også påpekes at litteraturen beskriver de ulike temaene i varierende grad, og det er derfor naturlig at noen forfattere er trukket mer frem enn andre.

3.1 Salgsprosessen

Selgeren og entreprenørens oppgaver i salgsprosessen omtales som *steg*, og beskriver salget fra begynnelse til avslutning. Ulike salgsprosesser er presentert i Tabell ???. I følge Moncrief and Marshall [2005] har ikke salgssyklusen endret seg mye de siste hundre årene. Det eneste som er tilført til salgssyklusen til Anon [1920, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]], er i følge Moncrief and Marshall [2005] at punktet om *oppfølging* av kunden etter at salgskontrakten er signert. Anon. [1920, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]] ser på salget som en funksjon av tid, mens annen litteratur [Moncrief and Marshall [2005]; Rosell [2006]; Edvardsson et al. [2008]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]] presenterer nye salgssykluser som tar hensyn til at ingen salg er like og at det må være

rom for fleksibilitet i stegene. Hedaa [1996], Webster and Wind [1996] og Wybo [2007] nevner ingen ting om dette, men forfatteren antar at kundenes salgssykluser også er en funksjon av tid, hvor stegene utføres etter hverandre.

Salgssyklussen til Hedaa [1996] er veldig lik Anon. [1920, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]], med unntak av at første steget til Anon. [1920, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]] er utelatt, og oppfølging av kunden er inkludert. Den fem-steps salgssyklusen til Webster and Wind [1996], presentert i Tabell ??, er sett fra kundens ståsted, og tar utgangspunkt i at kunden kontakter potensielle leverandører etter at de selv har definert sitt behov og tilhørende kravspesifikasjon.

Moncrief and Marshall [2005] argumenterer for at den syv-steps salgssyklus [Anon., 1920, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]], er utdatert. Dette er spesielt begrunnet med at salgssyklusen ikke tar høyde for teknologiutviklingen samfunnet har opplevd de siste tiårene, noe som både Webster and Wind [1996] og Moncrief and Marshall [2005] trekker frem. Bruk av teknologi påvirker i dag både hva som kjøpes i en bedrift, i tillegg til hvordan selve kjøpsprosessen gjennomføres, og lar kunden gjøre mye av det selgeren tok ansvar for i kjøpsprosessen før i tiden [Webster and Wind, 1996]. I salgssyklusen til Anon. [1920, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]] må selgeren innom hvert steg for å oppnå et salg, hvor lengden på de ulike stegene vil variere fra salg til salg. Moncrief and Marshall [2005] introduserer derfor en ny salgssyklus, som vist i Tabell ??, hvor selgeren vil gjennomføre de ulike stegene i varierende grad, og droppe enkelte steg i tilfeller hvor det er hensiktsmessig.

Rosell [2006] legger vekt på at selgeren må gjennom sin fem-steps salgssyklus for å gjennomføre et salg, og består av stegene *Opprette kontakt med kunden, forberede salgspresentasjonen, innledning på salgspresentasjonen, selve salgspresentasjonen og avslutning*. Rosell [2006] legger vekt på at oppfølging av kunden er viktig etter et salg og kan føre til mersalg, men det er ikke nevnt som et eksplisitt steg. Salgssyklusen til Rosell [2006] skiller seg fra de andre ved å fokusere på forberedelse frem mot salgsmøtet, gjennomføringen av møtet, og legger i stor grad opp til at salget avsluttes ved

Tabell 3.1: Ulike salgssykluser fra 1920-2012, [Berg et al. [2013], side 22]

Anon. (1920)	Webster and Wind [1996]	Moncrief og Marshall (2005)	Wybo [2007]	Dixon og Adamson (2011)	Blank og Dorf (2012)
1. Prospektering	1. Identifisering av behov	1. Kundeloyalitet og oppdatering	1. Kunde sender ut anbud (RFP)	1. <i>Lære</i> kunden noe nytt om sin egen bedrift og bransje	1. Bevisstgjøring
2. Forarbeid	2. Utarbeide kravspesifikasjon	2. Database og kunningsstyring	2. Leverandører svarer på anbud (RFP)	2. <i>Tilpasse</i> budskapet til riktig person innad i bedriften og forstå kundens verdi og kostnadsdrivere	2. Interesse
3. Fremgangsmetode	3. Identifisering av ulike løsninger	3. Relasjonssalg	3. Leverandører inviteres til å demonstrere løsningen sin	3. <i>Ta kontroll</i> over salget	3. Vurdering
4. Presentasjon	4. Evaluering av de ulike løsningene	4. Markedsføring av produkt/tjeneste	4. Leverandør velges til å utføre en utvidet demonstrasjon		4. Kjøp
5. Overkomme utfordringer	5. Utvelgelse av leverandører	5. Problemløsning	5. Kunde og leverandør går inn i forhandlinger og avgjør rammer for leveransen		
6. Kontraktinngåelse		6. Verdiøkning			
7. (Oppfølging)		7. Vedlikehold av kundeforhold			

utgangen av møtet [Rosell, 2006]. Wybo [2007] på sin side har i likhet med Webster and Wind [1996] en salgssyklus sett fra kundens ståsted. Steg 1 viser som i Webster and Wind [1996], at selgeren får et godt innblikk i hvilke utfordringer kunden ønsker løst [Wybo, 2007].

Edvardsson et al. [2008] kritiserer de eksisterende salgssyklusene ved at de ikke tar høyde for at prosessen kan starte fra ulike stadier, være i en udefinert tidsperiode, at progresjonen kommer av at samarbeidet mellom partene utvikler seg, i tillegg til at det mangler forklaring på hvordan, og hva som skal til for at en relasjon beveger seg fra ett steg til ett annet. Edvardsson et al. [2008] har derfor utarbeidet en ny modell for hvordan dynamikken i salgsprosessen endrer seg. Det er to typer krefter som virker på prosessen: *konverterer* og *hemmer*. Den konverterende kraften øker farten på prosessen, men den hemmende kraften reduserer farten, eller i verste fall reverserer den. Modellen er representert med fire stadier: *Ikke kjent*, *kjenner til*, *vurdering* og *kjøpsavtale*. Salgssykluser i Webster and Wind [1996] og Wybo [2007] tar utgangspunkt i kundens perspektiv, men skiller seg fra disse ved å fokusere på hvilke status selgeren har hos kunden.

Dixon and Adamson [2011] sin tre-steps salgsprosess skiller seg fra de tidligere rammeverkene ved å fokusere på selgerens egenskaper og kunnskap i salgssyklusen, fremfor å fokusere på systematiske metoder for salg. Salgsprosessen skal hjelpe selgeren med å øke sannsynligheten for salg, ved å bruke det de omtaler som de tre "*Challenger*"-egenskapene: Lære kunden, tilpasse budskapet og ta kontroll, som vist i Tabell ???. Dixon and Adamson [2011] poengterer, i likhet med Moncrief and Marshall [2005] og Rosell [2006], at evaluering er en viktig del av salget for å forberede selgerens prestasjon mellom hver interaksjon med kunde, selv om denne biten ikke er en eksplisitt del av rammeverket. Dixon and Adamson [2011] sin salgssyklus er i likhet med Moncrief and Marshall [2005] og Edvardsson et al. [2008] fleksibel i omfang og rekkefølge.

Blank and Dorf [2012] sitt rammeverk er det eneste rammeverk som baserer seg på entreprenøren, i motsetning til tidligere rammeverk som baserer seg på etablerte selgere. Salgssyklusen inngår i Blank and Dorf [2012] sitt rammeverk "*The Customer Development model*", som består av fire

stadier i oppstartsbedriftens livsløp: *Kundeoppdagelse, kundeverifisering, kundedannelse* og *bedriftsbygging*, hvor det vanskeligste er å gjøre kunden bevisst på entreprenørens produkt eller tjeneste. I likhet med Moncrief and Marshall [2005] og Dixon and Adamson [2011] tar rammeverket utgangspunkt i at oppstartsbedriften er fleksibel i rekkefølgen på stegene, og påpeker at det ikke finnes noen fasit for hvordan et salg skal gjennomføres: *"The Customer Development model embraces the way startups actually work, with moving backward playing a natural and valuable role in learning and discovery"* [Blank and Dorf [2012], s. 23-24], og presenterer salgssyklusen med fire steg, som er vist i Tabell ??.

Webster and Wind [1996], Wybo [2007] og Edvardsson et al. [2008] er de eneste som presenterer salgssyklusen sett eksklusivt fra kundens ståsted, mens Dixon and Adamson [2011] er den eneste som ser salget kun fra selgers perspektiv. En stor utfordring for entreprenøren hos Webster and Wind [1996], Wybo [2007] og Edvardsson et al. [2008] er at kunden må bli bevisst på at entreprenøren eksisterer for å bli involvert i salgsprosessen, noe Blank and Dorf [2012] argumenterer for at er den største utfordringen selgeren og entreprenøren står overfor. Den største utfordringen i følge Rosell [2006] og Dixon and Adamson [2011] er hvordan selgeren skal opptre i selve salgsprosessen. Det nyeste rammeverket, beskrevet av Blank and Dorf [2012] er det eneste litterære verket som tar utgangspunkt i entreprenørielt salg, mens resten fokuserer på selgere i etablerte salgsorganisasjoner. Etersom oppgaven har fokus på entreprenørens side i salgsprosessen, tar oppgaven videre utgangspunkt i Blank and Dorf [2012] sine steg for gjennomføring av entreprenørielt salg: *Bevisstgjøring, interesse, vurdering og kjøp*, og beskriver sammen med annen litteratur hvilke aktiviteter som faller inn i hver av stegene.

I resten av oppgaven vil *entreprenør* bli brukt for å beskrive den som utfører salgsvirksomheten, med mindre annet er presisert. Ved å bevege seg inn i Blank and Dorf [2012] sin salgsprosess, er det første steget å gjøre kunden bevisst på entreprenøren.

3.2 Bevisstgjøring

Som beskrevet over er det første steget å gjøre kunden bevisst på entreprenøren samt initiere kontakt oppfattet som det vanskeligste. Entreprenøren må nemlig ta kontakt med en mengde potensielle kunder og overbevise dem om å avsette litt av tiden sin for å snakke om produktet eller tjenesten sin [Rosell [2006]; Blank and Dorf [2012]]. Samtidig viser funn fra studiet til Edvardsson et al. [2008] at det ikke er vanskelig for en entreprenør å gå fra stadiet 'ikke kjent' til 'kjenner til', men at kundene har ulike 'kjenner til'-grupper for entreprenørene i forhold til hvor stor sannsynlighet kunden mener at entreprenøren har for å bevege seg videre i salgsprosessen. Forfatteren bruker Dwyer et al. [1987, gjengitt i Hedaa,1996] sin definisjon av bevisstgjøring: "*awareness is A's recognition that B is a feasible exchange partner*" [Dwyer et al., 1987, gjengitt i Hedaa [1996], side 514]. Stadiet 'ikke kjent' beskriver situasjonen hvor partene ikke kjenner til hverandre, eventuelt at kjøper ikke kjenner til entreprenøren. Stadiet 'ikke kjent' endrer seg til 'kjenner til' når det er kjennskap som enten er ensidig eller tosidig mellom partene [Edvardsson et al., 2008].

Etablerte bedrifter gjør vanligvis kunden bevisst på bedriften gjennom annonsering, nyhetsartikler, brosjyrer, telefon, konferanse og messevirksomhet [Hedaa, 1996], samt epost for å oppnå personlig kontakt med kunden [Rosell, 2006]. Med få ressurser har ikke entreprenøren nødvendigvis mulighet til å nå ut til markedet i samme omfang som en etablert bedrift [Bhatt [2000]; Blank and Dorf [2012]]. Blank and Dorf [2012] foreslår derfor at entreprenøren starter med personer i sin nære omgangskrets, for så å bruke nettverket sitt, nabolaget, media, og konferanser, for å komme i kontakt med kunder. Blank and Dorf [2012] påstår at det er for tidlig å bry seg om kunderepresentantens posisjon eller tittel i bevisstgjøringssteget, men heller satse på at kontaktpunktet inn mot en kunde vil veilede videre til rett representant hos kunden. Via kontaktnettverket som etablerer seg for entreprenøren kan det også oppstå muligheter for å bli referert videre til andre kunder, som i følge Rosell [2006] og Blank and Dorf [2012] er den beste måten å bli introdusert på. Entreprenøren bør derfor jobbe for å komme i kontakt med kunder og bevisstgjøre dem på entreprenøren, for så vekke interesse og bevegelse videre til neste steg i salgsprosessen.

3.3 Interesse

Når salgsprosessen skal bevege seg videre fra 'kjenner til'-stadiet, skal det være etablert en dialog mellom partene i relasjonen. Denne dialogen omfatter gjerne møter hvor det utveksles informasjon, og partene bygger tillit til hverandre [Edvardsson et al., 2008], og Rosell [2006] uttaler: "*For å lykkes innen salg, må du ha som målsetting å bygge opp et tillitsforhold til hver enkelt kunde*" [Rosell [2006], side 12]. Entreprenøren trenger kunnskap for å vekke kundens interesse og tillit. Dette anses som essensielt for starten av salgsprosessen, og er derfor behandlet først.

3.3.1 Entreprenørens behov for kunnskap

Webster and Wind [1996] argumenterer for at kunnskapsinnhenting er den vanligste måten å redusere usikkerheten for kunden i en kjøpsbeslutning. Ifølge Rosell [2006] og Dixon and Adamson [2011] vil kunnskapen som entreprenøren har opparbeidet seg i forkant av salgsprosessen føre til en trygghet i forhandling med kunde, ettersom entreprenøren på forhånd har evaluert muligheter for å tilpasse en løsning som treffer kundens behov og dermed raskere vil kunne fremme gode løsninger som kan tilby kunden ny verdi. Webster and Wind [1996] og Ireland et al. [2003] har poengtert at entreprenørens strategiske bruk av kunnskap er avgjørende for entreprenørens suksess, og både Burt [1993], Shane and Cable [2002], Dixon and Adamson [2011] og Doh and Zolnik [2011] argumenterer for at utveksling av kunnskap er av stor verdi for både kunde og entreprenør i en salgsprosess. Til tross for viktigheten av kunnskap i oppstartsfasen til en bedrift, har det blitt gjennomført lite forskning rundt hvordan kunnskapsutveksling i denne fasen kan foregå [Bhide [1999]; McAdam and Reid [2001]; Liao et al., 2003, gjengitt i Davenport [2005]]. Likevel presenterer Sarasvathy [2001], Blank [2006], Rise [2011] og Blank and Dorf [2012] en metode basert på prøving og feiling, hvor entreprenøren lærer mens man går i stedet for å bruke for mye tid på planlegging. Denne tankegangen om å lære mens man går, kan sammenlignes med *effectuation*. Effectuation er nå entreprenøren prøver å få så mye gevinst som mulig ved å teste antakelser med færrest mulig ressurser, med utgangspunkt i de ressursene han har tilgjengelig [Sarasvathy, 2001].

Bhide [1999] har gjennomført en undersøkelse av 350 av de 500 selskapene på Inc.-listen over USAs raskest voksende selskaper. Undersøkelsen viser at suksessfulle bedrifter bruker mesteparten av tiden i salgsprosessen til å forstå kundens problem, mens mindre tid går med til å gjennomføre selve salget. Dette er i tråd med anbefalinger fra Rosell [2006] og Dixon and Adamson [2011]. De viktigste kundebehovene som entreprenøren må kartlegge, i følge Rosell [2006], er *sekundærbehov*. Eksempler på sekundærbehov er *"behov for makt eller prestisje, (...) tjene mer penger, (...) å gjøre karriere"* [Rosell [2006], side 31]. Flere forfattere [Webster and Wind [1996]; Davenport [2005]; Graham [2003]; Edvardsson et al. [2008]; Agarwal et al. [2009]; Blank and Dorf [2012]] har poengtert at slik kunnskap kan brukes strategisk for at entreprenøren skal kunne effektivisere salget og spare tid i salgsprosessen. *"Når du snakker med en kunde gjelder det at du setter deg inn i hans situasjon, og prøver å forstå hva som interesserer ham og hva som gjør ham fornøyd"* [Rosell [2006], side 33].

Felles for litteraturen er at entreprenøren har behov for å tilegne seg kunnskap om kunden for å gjennomføre salget. Graham [2003], Rosell [2006] og Dixon and Adamson [2011] argumenterer for at kunnskap er av stor betydning når entreprenøren kan tilby kunden verdi i form av ny kunnskap, og dermed gi inntrykk av å ha dyp forståelse for industrien, noe som bygger tillit hos kunden. Det å kunne forstå kunden krever ifølge Agarwal et al. [2009] at entreprenøren effektivt klarer å skaffe seg nødvendig kunnskap om kunde og industri for å kunne minimere tiden brukt i kontakt med kunden, men samtidig kunne tilby like stor verdi. Dette bekreftes av Hedaa [1996], Webster and Wind [1996], Rosell [2006], Dixon and Adamson [2011] og Blank and Dorf [2012], som argumenterer for at entreprenøren må skaffe seg kunnskap om hvem kunden er og hvilken rolle vedkommende har for å øke sannsynligheten for å selge produktet eller tjenesten sin. Som nevnt innledningsvis omtales dette som *kjøpssenteret*.

3.3.2 Kjøpssenteret

Alle kundens representanter som er involvert i kjøpsprosessen betegnes som et kjøpssenter [Webster and Wind, 1996]. Flere forfattere deler disse representantene inn i ulike kunderoller, hvor de mest sentrale er: *sluttbru-*

ker, påvirker og beslutningstaker [Webster and Wind [1996]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]].

Sluttbrukeren er den personen som skal bruke produktet eller tjenesten [Webster and Wind [1996]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]], og kan i enkelte sammenhenger være den samme som er beslutningstaker [Webster and Wind [1996]; Blank and Dorf [2012]]. I store bedrifter legger Blank and Dorf [2012] til at det ofte er sluttbruker som har minst påvirkningskraft på anskaffelsesprosessen.

Påvirker er en person som utgjør en viktig rolle i beslutningsprosessen, men som ikke har myndighet til å signere kjøpskontrakter [Dixon and Adamson, 2011]. Webster and Wind [1996] legger til at påvirkerens rolle enten direkte eller indirekte formidler informasjon og kriterier for å evaluere de ulike alternativene i en kjøpsprosess. Eksempler på personer som kan inneha påvirkerrollen er mellomledere, sluttbrukere eller personer med relasjonene til beslutningstaker.

Beslutningstaker er definert som den som faktisk kan ta kjøpsbeslutningen [Webster and Wind [1996]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]] Vanligvis er det administrerende direktør eller toppleder, men dette kan også være innkjøpsjefen.

For å øke sannsynligheten for å gjennomføre et salg, bør entreprenøren lære og kjenne flest mulig av kunderollene i kjøpscenteret [Rosell [2006]; Edvardsson et al. [2008]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]]. Ifølge Webster and Wind [1996] kan en kunderepresentant inneha flere kunderoller, og flere kunderepresentanter kan ha samme kunderolle [Webster and Wind, 1996]. Kunderollene kan derfor overlappe. Burt [1993], Shane og Cable [2002] Dixon and Adamson [2011] og Blank and Dorf [2012] påpeker at disse relasjonene kan brukes strategisk for å skaffe tilgang til mer informasjon, ressurser eller for å skaffe nye relasjoner. Samtidig er det en stor utfordring for entreprenøren å kartlegge denne informasjonen ettersom den vil kreve store ressurser fra entreprenørens side [Blank and Dorf, 2012]. Wybo [2007] mener at det er en utfordring for entreprenøren at kundens beslutningstaker sjelden er tilstede i initieringsfasen. Kundens re-

presentanter, som ofte er sluttbruker eller påvirker, er ofte ikke innforstått med anskaffelsens budsjett, noe som kan medføre at selgeren bruker lengre tid på å få en beslutning hos kunden og dermed reduserer effektiviteten i salgsprosessen. Dette bekreftes også som en utfordring av Rosell [2006], som advarer entreprenøren med å kaste bort tid på å holde presentasjon for personer hos kunden som ikke har beslutningsmyndighet.

Etter å ha sett på entreprenørens behov for kunnskap og kartlagt kundens kjøpsstener, må denne informasjonen brukes i interaksjon med kunden for å vekke interesse.

3.3.3 Møte med kunden

Edvardsson et al. [2008] viser i sin studie at kunden må oppleve at entreprenøren presenterer noe unikt sammenlignet med konkurrentene, for å kunne bevege seg videre til vurderingsstadiet. Rosell [2006] og Dixon and Adamson [2011] mener derfor at selgeren må bruke tid på forberedelse av salgsmøtet og på alle mulige utfall, mens Blank [2006], Rise [2011] og Blank and Dorf [2012] mener at entreprenøren ved bruk av prøving og feiling skal finne ut av hva som faktisk fungerer, ettersom kunnskapen entreprenøren har om markedet og kunden kan være lav.

Dixon and Adamson [2011] mener at entreprenøren skal inneha all kunnskapen om kunden og dens behov i forkant av møtet, ettersom de tar utgangspunkt i etablerte selgere. Blank [2006], Rise [2011] og Blank and Dorf [2012] trekker på sin side frem eksempler på at entreprenøren bør bruke første tiden i møtet på å få bekreftelse på å ha forstått kundens problem, og først mot slutten begynne å selge inn sitt produkt. Blank [2006], Rise [2011] og Blank and Dorf [2012] legger langt mer vekt på at man skal teste sine hypoteser med minst mulig tid og kostnad, men hvor de fremdeles er like gyldige som en storskala test. Dette kan ifølge Rise [2011] føre til mange avslag fra kunder i starten, men gir entreprenøren mulighet til å lære og teste antakelser raskere. Samtidig er kundene i Edvardsson et al. [2008] sin studie tydelig på at entreprenøren raskt kan miste sin kredibilitet om vedkommende ikke viser forståelse for kundens problem. Rosell [2006], Edvardsson et al. [2008] og Blank and Dorf [2012] vektlegger også viktigheten av å tydelig kommunisere verdien i entreprenørens løsning, og

samtidig lytte til kunden for å forstå kundens behov. Det er alltid en risiko for kunden å handle fra en ny leverandør [Edvardsson et al., 2008]. Entreprenøren kan redusere denne risikoen gjennom å vise inngående forståelse for kundens problem, og derfor øke sannsynligheten for salg til kunden [Webster and Wind [1996]; Dixon and Adamson [2011]].

Hedaa [1996] fraråder også selgeren å holde en kundepresentasjon før en personlig relasjon er etablert. I følge Hedaa [1996] og Rosell [2006] er det viktig å bruke tid på å etablere kontakt med kunden, heller enn å dytte kunden raskt gjennom salgsprosessen. Det kan kunden raskt oppleve som negativt og resultere i at salgsprosessen hemmes, og i verste fall avsluttes [Edvardsson et al., 2008]. Rosell [2006] argumenterer for at entreprenøren bør forberede seg på en *small talk* i starten av møtet for å vekke interesse og tillit til entreprenøren ved siden av det entreprenøren egentlig skal selge. Entreprenøren bør notere seg informasjon som kommer opp under *small talk* og bruke dette i senere kommunikasjon for å bygge tillit, for eksempel ved å huske at kunden nettopp har vært på en ferie og spørre om denne [Rosell, 2006]. Rosell [2006] og Blank and Dorf [2012] utfordrer entreprenøren til å alltid lære seg tre nye ting under interaksjon med kunden, for eksempel hvilke blogger, aviser og magasiner de leser, eller hvilke messer og konferanser de vanligvis går på. Gjennom å stille disse spørsmålene får entreprenøren dyp kunnskap om hvem kunden er og hvor det er gunstig å få tak i dem. Rosell [2006] argumenterer også for viktigheten av å holde kunden aktivert under presentasjoner og møter, ved å stille kontrollspørsmål, gi informasjon som bør noteres, eller få kunden til og regne ut besparelser på kalkulator. Rosell [2006] viser samtidig til studier hvor bruk av visuelle hjelpemidler gir ekstra inntrykk på kunden, i tillegg til å snakke i bilder, ved å beskrive ting så billedlig at kunden forstår budskapet. I første møte anbefaler Rosell [2006], Edvardsson et al. [2008] og Blank and Dorf [2012] derfor entreprenøren om å fokusere på å lytte til hva kunden har å si, i tillegg til å komme på banen med hvilke nytteverdi entreprenørens innovative løsning har for kunden. Det kan hende at tidspunktet er dårlig, men entreprenøren bør fokusere på å etablere en personlig relasjon til kunden.

Entreprenører har ifølge Bhide [1999] en fleksibilitet som gjør at de kan tilpasse seg markedet raskere enn hva større organisasjoner har mu-

lighet til å gjøre, og viser til at entreprenøren med et nytt produkt ofte også innehar en salgsrolle og dermed snakker på vegne av bedriften når vedkommende gjør salg. Dette gir entreprenøren fleksibilitet til å ta avgjørelser under salgsmøter som større organisasjoner ikke kan tillate seg, noe som har positiv innvirkning på entreprenørens gjennomføringsevne i salg. Samtidig skriver Rosell [2006] at selgeren bør jobbe for å være fleksibel overfor kunden i salgsmøte, men passe på å aldri love noe som vedkommende ikke kan overholde.

For at entreprenøren skal komme seg fra interesse-stadiet til vurderingsstadiet må entreprenøren tilegne seg kunnskap om kunden og bransjen, forstå kjøpscenteret, lytte til kunden og skape interesse ved å bygge tillit, forstå og kommunisere kundens behov.

3.4 Vurdering

Fra entreprenørens ståsted trekker Edvardsson et al. [2008] frem to nøkkelfaktorer som virker som salgskonverterere: Entreprenørens evne til å bygge opp tillit over tid hos kunden, og tillit til det innovative produktet, samt tre salgshemmere: Opplevd risiko, entreprenørens omdømme, og at kunden har eksisterende avtaler eller gode relasjoner med andre leverandører. Det er derfor naturlig å se videre på disse nøkkelfaktorene og vurdere hvordan de kan hjelpe entreprenøren fra vurdering til kjøp.

En stor risiko for entreprenøren er å bruke mye tid på relasjonsbygging mot medlemmer av kjøpscenteret som slutter eller bytter stilling internt hos kunden før salget er gjennomført [Edvardsson et al., 2008]. Dette kan også sees i sammenheng med at timingen kan være dårlig. Kunden kan for eksempel ha løpende avtaler med nåværende kunder på kontrakter, eller at det er fire år til neste anbudsrunde: *"For the seller, the time factor is thus a challenge since it demands constant readiness and adaptation"* [Edvardsson et al. [2008], side 346].

Den empiriske studien til Edvardsson et al. [2008] viser at entreprenøren ikke bare sliter med å komme til en beslutning hos kunden, men også sliter med å ikke miste kundens interessen, og dermed kan oppleve å "rykke bakover" i salgsprosessen. En av nøkkelfaktorene som trekkes frem i studiet til Edvardsson et al. [2008] er risikoen for at et prosjekt ikke går som

planlagt. Studien viser også at å bygge tillit i relasjonen er med på redusere risikoen som kunden opplever. En kunde sier i sitt intervju: *"A new seller always represents a bigger risk than an old seller. The buyer strives to minimize risk"* [Edvardsson et al. [2008], side 345]. Det er derfor viktig at kunden får et godt inntrykk av entreprenøren, ettersom Edvardsson et al. [2008] viser til at kunden dømmer potensialet i en leveranse ut fra vurdering av de selgerrepresentantene de møter. Entreprenøren må derfor gi inntrykk av pålitelighet og kompetanse fra første møte med kunden. Dette kan også sees i samarbeid med suggererende kraft, som er omstendigheter rundt selve salget som kan påvirke kjøpsbeslutningen [Rosell, 2006]. Eksempler på suggererende kraft er selgerens klesstil, opptrenden og væremåte. Rosell [2006] argumenterer også at entreprenøren må vise ærlighet og medfølelse overfor kunden, i tillegg til å være tålmodig.

Samtidig fremhever et studie av 215 salgsledere fra ulike industrier at evnen til å være en god lytter er den aller viktigste egenskapen de ser etter i rekrutteringsprosessen av nye selgere [Marshall, Goebel, og Moncrief, 2003, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]] noe som påpekes av McMurry [1961] og Rosell [2006]: *"For å forstå kundens kjøpsmotiv må du la ham prate så mye som mulig"* [Rosell [2006], side 35]. Andre karakteristikk er knyttet opp mot salgsprestasjon inkluderer ifølge litteratur basert på etablerte selgere: *empati, lokalisering av kontroll, konkurranseevne, standhaftighet, engasjement, og medgjørighet*, og de fem store personlighetstrekkene: *samvittighetsfull, ekstrovert, hyggelig, oppriktig og nevrotisk* [Thoresen et al. 2004]. Blank and Dorf [2012] påpeker samtidig at medmenneskelige egenskaper er minst like viktige for entreprenøren som for selgeren. Både Weitz [1981], Rosell [2006] og Dixon and Adamson [2011] trekker frem evnen til å kunne styre kunden gjennom salgsprosessen som en viktig egenskap for å kunne gjennomføre effektive salg. Denne egenskapen går igjen i strukturert lederskap og høy grad av egenkontroll [Weitz, 1981].

Som vist i en undersøkelse utført av Bhide [1999] har selgerens glød for produktet ofte mest å si for om et salg gjennomføres, noe som bekreftes av Rosell [2006]: *"Av naturlige årsaker har du en større sjanse til å være entusiastisk over hva du selger hvis du selv har valgt hva du skal selge"* [Rosell

[2006], side 17]. Samtidig viser Rosell [2006] til at de fleste salgsforsøk blir avslått, men at grunnen for avslaget ikke nødvendigvis har noe med produktet eller selgeren å gjøre. Rosell [2006] vektlegger derfor at den viktigste delen av salgsprosessen er behovsanalysen, og gir entreprenøren innspill til hvordan man skal komme frem til enkjøpsbeslutning hos kunden: *”Hvis du har gjennomført behovsanalysen på en korrekt og effektiv måte, vet du jo hva kunden trenger. Og hvis du vet hva kunden trenger, vet du også hvordan du skal avslutte forretningen: Avslutningen skjer helt enkelt gjennom at du oppsummerer kundens behov og forklarer hvordan produktet ditt kan dekke disse behovene”* [Rosell [2006], side 77].

Når entreprenøren har redusert risikofaktorene, vært en god lytter, kommunisert kundens behov, bygget tillit, og vist glød i salgsmøtene, økes sannsynligheten for at kunden gjør et kjøp.

3.5 Kjøp

Selv om entreprenøren nå har gjennomført et salg, er målet til en oppstartsbedrift ikke bare å skaffe seg én kunde, men mange [Blank and Dorf, 2012]. Hver nye kunde har uttelling på innovasjonens omsetning og resultat. Entreprenøren må være inneforstått med at leveransen forplikter seg å leve opp til det som er avtalt med kunden [Block and MacMillan, 1985]. I tillegg bør kunden få god oppfølging [Hedaa [1996]; Moncrief and Marshall [2005]; Rosell [2006]]. Fra god oppfølging kan kunden få lyst til å kjøpe mer samt referere entreprenøren til andre kunder [Rosell [2006]; Blank and Dorf [2012]]. Én kunde er ikke en garanti for at det blir flere kunder hvis ikke leveransen blir bra [Bhave, 1994]. Entreprenøren må blant annet finne ut hvordan de neste salgene skal gjennomføres; av hvem og i hvilke omfang: *”As a startup you should pick the one distribution channel that provides the optimum balance between the company’s value proposition, its costs and revenue model, and how customers prefer to buy.”* [Blank and Dorf [2012], s. 105]. Entreprenører anbefales å nøye studere hvilke kjøpsmønstre som eksisterer hos kunden i dag, ettersom dette kjøpsmønsteret som regel foretrekkes av kunden [Blank and Dorf, 2012].

Ettersom entreprenøren har få ressurser antar Blank and Dorf [2012] at salg utføres gjennom salgskanalen direkte salg, enten ved entreprenøren selv

eller ansatte hos entreprenøren. Styrkene ved direktesalg er blant annet full kontroll og overblikk over salgsprosessen for entreprenøren. Utfordringen ved direktesalg er at det er svært kostbart i forhold til tids- og ressursbruk [Blank and Dorf, 2012] og det oppleves som vanskelig å finne og lede dyktige salgstalent [Dixon and Adamson, 2011]. Entreprenøren bør derfor se etter salgsressurser med bransjeerfaring og kunnskap om kundens interne prosesser [Edvardsson et al. [2008]; Agarwal et al. [2009]] for å skalere opp salgsvirksomheten, og kommersialisere innovasjonen sin [Blank and Dorf, 2012].

3.6 Oppsummering teori

Teorikapittelet starter med å presentere ulike salgssykluser sett fra kunden og selgerens perspektiv, og viser til at det finnes lite litteratur som beskriver entreprenøren i salgsrollen. Salgsrammeverket til Blank and Dorf [2012] er derfor utgangspunktet for strukturen for entreprenørens salgsprosess, som eneste litterære verket som beskriver dette. Entreprenørens salgsprosessen består av stegene: *bevisstgjøring, interesse, vurdering og kjøp*.

Det finnes ulike nøkkelfaktorer som enten konverterer eller hemmer salgsprosessen [Edvardsson et al., 2008]. Entreprenøren må jobbe for å komme i kontakt med kunder og bevisstgjøre dem på entreprenøren, for så vekke interesse og bevegelse videre til neste steg i salgsprosessen. Det kommer frem av Blank and Dorf [2012] at oppgaven med å komme i kontakt med kunden oppleves for entreprenøren som den vanskeligste, mens Edvardsson et al. [2008] mener at det ikke er vanskelig, men at kunden deler entreprenøren inn i kategorier etter hvor sannsynlig det er for å gå videre i en salgsprosess. For å skape bevisstgjøring anbefales entreprenøren å gå ut i nettverket sitt og oppsøke kunder eller gå via referanser [Blank and Dorf, 2012].

Entreprenøren må på en effektiv måte skaffe seg kunnskap om kunden for å bygge tillit og interesse [Rosell [2006]; Edvardsson et al. [2008]]. Alle kundens representanter som er involvert i kjøpsprosessen betegnes som et kjøpscenter [Webster and Wind, 1996]. Kunnskapen om hvem kunden er og hvilken rolle vedkommende har i kjøpscenteret vil øke sannsynligheten for å selge innovasjonen sin [Hedaa [1996]; Webster and Wind [1996]; Rosell

[2006]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]]. De mest sentrale kunderollene i kjøpsenteret er: *sluttbruker*, *påvirker* og *beslutningstaker* [Webster and Wind [1996]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]].

Entreprenøren må gjennom prøving og feiling finne ut om han har forstått kundens problem [Blank [2006]; Rise [2011]; Blank and Dorf [2012]]. Entreprenøren må tydelig kommunisere verdien i løsningen sin, og samtidig lytte til kunden for å forstå kundens behov [Rosell [2006]; Edvardsson et al. [2008]; Blank and Dorf [2012]]. Under presentasjonen bør entreprenøren forberede en *small talk*, bygge personlig relasjon til kunden, holde kunden aktiv under presentasjonen, og bruke visuelle virkemidler for å kommunisere verdi til kunden [Rosell, 2006]. Det er en fordel for entreprenøren å være fleksibel i salgsmøtene sammenlignet med etablerte bedrifter, ettersom entreprenøren kan ta avgjørelser alene. Samtidig må entreprenøren passe på at beslutningstaker er med under salgsmøter for å unngå å kaste bort tid [Rosell [2006]; Wybo [2007]].

For å bli vurdert må entreprenøren redusere risikofaktorene. Grunner som om at entreprenøren har et dårlig omdømme eller at timingen for kjøp hos kunden er feil, kan føre til avslag fra kunden [Edvardsson et al., 2008]. Av viktige egenskaper som entreprenøren bør ha i salgssituasjonene, trekkes evnen til å være en god lytter frem som den viktigste [McMurry [1961]; Marshall, Goebel, og Moncrief, 2003, gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]; Rosell [2006]]. Samtidig viser det seg at evnen til å vise glød for det man selger er avgjørende [Bhide, 1999].

Teorikapittelet avslutter med å se på hva entreprenøren bør gjøre etter at salget er avsluttet. Entreprenøren bør følge opp kunden og passe på at kunden blir fornøyd med innovasjonen [Block and MacMillan [1985]; Hedaa [1996]; Moncrief and Marshall [2005]; Rosell [2006]]. Gjennom direktesalg vil entreprenøren ha full kontroll over salget, men det vil kreve store ressurser fra entreprenøren sin side [Blank and Dorf, 2012]. Derfor anbefales entreprenøren å studere hvordan kunden liker å kjøpe og av hvem [Blank and Dorf, 2012], og knytte til seg ressurser med relevant bransjeerfaring [Edvardsson et al. [2008]; Agarwal et al. [2009]].

4 Helsesektorens anskaffelsesprosess av innovasjoner

I dette delkapittelet presenteres informasjon fra intervjuene og helselitteraturen som skal bidra til å besvare forskningsspørsmål 1: *Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?* Kapittelet starter med en beskrivelse av anskaffelser i Helse-Norge, hvordan anskaffelser av vanlige produkter og tjenester gjennomføres i dag, hvordan lovverket for anskaffelser fungerer, hvilke unntak som finnes i lovverket, gjennomfang av innovative anskaffelser, fokus og risiko på innovasjon, eksempler på innovasjonsprosjekter i Helse-Norge, og avsluttes med gjennomgang av hvordan ikke-medisinske innovasjoner kan introduseres til Helse-Norge.

4.1 Helse-Norge

Siden 2002 har Helse-Norge vært inndelt i fire helseregioner, såkalt regionale helseforetak (RHF) [S1; S4]. Disse fire RHFene er Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Hvert RHF består av flere helseforetak (HF). Et HF kan for eksempel være et sykehus. S2 forteller at RHFene kan bestå av ulike HF, hvor han nevner at Helse Midt-Norge RHF er den eneste RHFen med eget Ambulanse HF. Det finnes innkjøpsansvarlige både på RHF- og HF-nivå [S2]. S2 legger til at Helse Midt-Norge RHF består av 15 innkjøpere i regionen, hvor tre av dem sitter hos Helse Midt-Norge RHF, mens de resterende 12 utgjør innkjøpsstaber på hvert av HFene i regionen.

Det er sjeldent at innkjøpspersonell har fellessamlinger hvor alle i Helse-Norge er samlet [S2]. I løpet av de 3,5 årene S2 har jobbet i Helse-Norge har det kun vært en slik fellessamling. Samtidig forteller han om at et RHF løser en utfordring så passer de på å orientere sine samarbeidspartnere på tvers av RHFene. Internt i RHFene møtes innkjøpslederne en gang i måneden hvor de orienterer hverandre om ulike prosesser [S2].

I Helse-Norge gjennomføres det anskaffelser på tre nivå: Nasjonalt, RHF og HF [S4]. På nasjonalt nivå kan to eller flere RHF gå sammen om en anskaffelse. Da hender det ofte at anskaffelsen blir gjennomført av

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). HINAS er et selskap som er eid i fellesskap av de fire RHFene, og gjør anskaffelser på vegne av to eller flere av dem [S2]. Ifølge S4 gjennomfører HINAS anskaffelse av enkle og generiske produkter, som ikke er vanskelig å spesifisere. Eksempel på anskaffelser er fly- og hotellreiser [S5]. Ettersom HINAS bare tar for seg klart definerte anskaffelser som går rett ut på åpent anbud [S2; S5; S4], vil ikke oppgaven fokusere videre på HINAS.

S5 forteller at ansvaret for strategiske vurderinger i Helse Sør-øst RHF er lagt til selve RHFet mens de respektive HFene har mulighet til å gjøre anskaffelse innenfor visse terskler. Helse Sør-Øst bruker Sykehuspartner til å gjøre de operative anskaffelsene. Helse Sør-Øst bruker Sykehuspartner som en tjenesteleverandør innenfor ikke-medisinske støttetjenester, og er en egen enhet i Helse Sør-Øst Sør-Øst [2013]. *Det er stort mangfold for hvordan vi gjør innkjøp. Litt avhengig av hvor stort det er, hvor komplekst det er, hvordan det skal gjøres, og hvilke helseforetak det er snakk om* [S5]. Dette nevnes også av S4 som legger til at HFene kan ha ulike prosesser for anskaffelse innad i regionen. S2 forteller at Helse Midt-Norge RHF vanligvis gjennomføre anskaffelser på vegne av hele regionen. Samtidig så legger han til at en innkjøper på St. Olav Hospital HF også har mulighet til å gjøre anskaffelse på vegne av hele regionen og til egne behov. På bakgrunn av dette vil oppgaven ikke skille på om anskaffelsen er utført på HF eller RHF-nivå.

4.2 Anskaffelsesprosesser for Helse-Norge

Typen anskaffelse som skal gjennomføres avhenger av hvilke form for produkt eller tjeneste som etterspørres, og S5 forteller at en anskaffelse kan være en ganske omstendelig prosess. S4 uttaler at: *"(...), det kreves mye for å få gjort prosedyrer innenfor helse likt over hele landet, slik at du lettere kan få opp anskaffelsesvolumer"*. S2 forteller at en gjennomsnittlig anskaffelse tar ca. tre måneder fra den blir utlyst til kontrakten er signert. En generell anskaffelse består av følgende steg i varierende omfang: *kartlegge behov, tverrfaglig gruppe, utarbeidelse av kravspesifikasjon, konkurranse, og kontrakt* [S2; S1; S5; S4], som vist i Figur 4.1.



Figur 4.1: Generell anskaffelsesprosess for Helse-Norge

Kartlegge behov S2 viser til at Helse Midt-Norge RHF årlig setter opp en handlingsplan for det som skal anskaffes. Da tar de utgangspunkt i de avtalene som er i ferd med å løpe ut. I tillegg behandler de innmeldte behov som trenger større avtaledekning.

Tverrfaglig gruppe Når det er bestemt at noe skal anskaffes blir det dannet en tverrfaglig gruppe [S2; S1; S5; S4] som er sammensatt av fagpersonell, for eksempel klinikere, kirurger og sykepleiere [S1], i tillegg til innkjøps- og juridisk personell [S1; S5; S4]. S1 legger til at det ikke er noen fast regel for hvem som skal inkluderes i gruppen, men at de i prinsippet skal involveres fagpersoner som skal bruke produktet eller tjenesten, ettersom gruppen skal sikre at alle de ulike behovene for anskaffelsen er representert. Dette nevnes også av S5: *”Vi prøver å legge vekt på relevant kompetanse for vedkommende anskaffelse som skal gjøres”*.

Utarbeidelse av kravspesifikasjon Gruppen skal sammen utarbeide en kravspesifikasjon og tildelingskriterier for anskaffelsen [S1; S5; S4]. Dette skal de bruke til å fortelle markedet og leverandørene hvordan de vil bli evaluert [S1; S4]. S2 argumenterer for å legge ned en del arbeid i utarbeidelsen av kravspesifikasjonen: *”Min erfaring er jo mer tid du bruker der jo bedre blir resultatet. For ellers så må du jo ha (...) avklaringene etter at du har kunngjort. Så alt du har greid å forutse, det er av det gode”* [S2].

Konkurransen Når kravspesifikasjonen er godkjent av innkjøpsansvarlig, kan den bli offentliggjort på DOFFIN. DOFFIN er en database for offentlige konkurranser der leverandørene kan gi tilbud [S2; S1]. S2 nevner at det er mulig å abonnere på ulike kategorier på DOFFIN slik at leverandører får

beskjed når det legges ut noe innen sitt produkt- og tjenestoområde. Det er mulig for representantene fra faggruppen å ha kontakt med de potensielle leverandørene før anbudet offentliggjøres, men at det da må være åpenhet rundt det [S2]. S4 poengterer at hvis de kjøper standardprodukter så har de svært sjeldent kontakt med leverandøren i forkant. Om anskaffelsen er kompleks, må de avgjøre hvilke type anskaffelse de skal ut på. S4 forteller at en anskaffelse kan kjøres i to-trinn; finne aktuelle leverandører, og bli enig om konkurranseform. S4 nevner ulike typer for konkurranse, hvor den vanligste formen er åpent anbud. De ulike formene for anbud vil bli presentert i neste delkapittel.

Kontrakt For at en bedrift skal kunne besvare et anbud må den være godkjent som leverandør. Bedriften må da ha levert skatteattester og andre offentlige dokumenter slik at formalitetene er i orden [S4]. Etter at anbudet er offentliggjort har leverandøren 40-45 dager på seg til å besvare konkurransen for å bli vurdert som tilbyder [S2]. Når faggruppen mottar svar på en konkurranse, må den samme faggruppen gjennomgå tilbudene i fellesskap. S5 påpeker at de vektlegger hvilke bedrifter som innfrir kravspesifikasjonene best mulig. Han mener at det gjøres en ganske omfattende vurdering av de svarene som kommer inn. Utvalgskriteriene til Helse Nord RHF er *”pris, kvalitet og kompetanse”* [S4]. S4 legger til at det vil være ulikt hvilke av de tre som vektet høyest avhengig av behovet til løsningen, samt at det vil være tilleggs-spesifikasjoner som også spiller inn på helhetsbildet.

Basert på svarene på anbudet vil utvalget fremme forslag til innstilling for ledelsen. Innstillingen viser en oversikt over hvem som har svart på tilbudet, hvordan svarene er evaluert, og hvem de anbefaler at kontrakten skal tildeles. Tildeling av kontrakter blir godkjent på ulike nivå avhengig av størrelsen. Innstillingen blir behandlet av styringsgruppen til anskaffelsen som også fatter endelig beslutning om tildelingen av kontrakt. *”Og som oftest så blir den tildelingen i tråd med det som faggruppen har innstilt. Det er nok så sjeldent at den innstillingen ikke blir godtatt og endelig besluttet”* [S1]. Styringsgruppen kan, for eksempel, bestå av leder, administrerende direktør på sykehuset, eller andre i ledergruppen på sykehuset eller RHF. Hvis det er snakk om regionale anskaffelser kan styringsgruppen bestå av ulike typer ledere på regionnivå [S1]. Ved betydelige investeringer er det

sykehusets styre som til slutt tar endelig avgjørelse [S5].

4.3 Regelverk for anskaffelse

Det finnes en rekke regler for hva som er lov og ikke lov i en anskaffelsesprosess [Grønli et al. [2012]; S2; S1; S5; S4; S3]. I Grønli et al. [2012] forklares bakgrunnen for regelverket: *”Lovverket for offentlige anskaffelser er etablert for å bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk av offentlige midler. (...) Utvelgelse av kvalifiserte anbydere og tildeling av kontrakter skal skje på grunnlag av objektive og ikke-diskriminerende kriterier”* [Grønli et al. [2012], side 3]. Hovedregelen er at alle offentlige virksomheter må følge Lov om offentlig anskaffelse (LOA) og Forskrift om offentlig anskaffelse (FOA) [Grønli et al., 2012]. Lovverket trer i kraft når en anskaffelse koster mer enn 500 000 kr, og S1 forteller at de aller fleste av kontraktene de opererer med er over anbudsgrensen.

Grunnleggende krav Grunnleggende krav til LOA/FOA er blant annet *”prinsipper om likebehandling og ikke-diskriminering, samt kravet til en forutberegnelig, gjennomsliktig og etterprøvable innkjøpsprosess”* [Prinsippene nedfelt i Direktiv 2004/18/EF art. 18, 49 og 56, gjengitt i Grønli et al. [2012], side 12]. Kravet om likebehandling skal sikre at leverandørene i anbudsprosessen får samme type informasjon [S5] og at ingen har avhengighetsforhold til hverandre [S4], slik at det ikke foregår aktivitet som er til fordel for én leverandør fremfor en annen [S1]. De siste årene er anbudsreglene strammet inn, og de har derfor satt i gang tiltak for å redusere antall klager: *”(...) vi har laget prosedyrer på det hvor vi bruker jurister for kvalitetssikring av alt før det går ut. (...) Det tar tid”* [S4]. S2 forteller også at mye tid går med på å sikre seg mot klager som kan komme i etterkant. Dette trekkes også frem i Frøyland [2012] som viser en utvikling hvor *”offentlige innkjøpere føler seg tvunget til å spesifisere svært detaljert [kravspesifikasjoner] for å sikre seg mot klager. Dette har til en viss grad ført til at offentlige innkjøpere har redusert tilpasningen til- og dialogen med markedet i anskaffelsesprosessen i frykt for å bryte kravene om likebehandling”* [Frøyland [2012], side 2].

En offentlig kontrakt skal som en hovedregel vare opp til fire år av gangen, med mindre det finnes særskilte grunner til at den skal være lengre.

”Innenfor helsesektoren så finnes det en rekke særskilte grunner, som gjør at vi ofte har lengre avtaler enn de fire årene” [S1]. Ifølge S1 omfatter i hovedsak disse unntakene medisinske anskaffelser som krever mye opplæring, behov for kontinuitet og byttekost, og gjelder dermed ikke i like stor grad for ikke-medisinske anskaffelser.

Det finnes en rekke ulike konkurranseformer [S4], men forfatteren trekker frem *Anbudskonkurranse*, ettersom den er mest utbredt [Grønli et al., 2012], i tillegg til *Konkurranse med forhandlinger* og *Konkurransepreget dialog*, ettersom det er aktuelt for innovasjoner å gå ut på denne typen konkurranser.

Anbudskonkurranse En åpen anbudskonkurranse krever en klar og tydelig definert kravspesifikasjon, da det ikke tillates noen forhandling i løpet av prosessen. *”Loven og forskriften for offentlige anskaffelser regulerer veldig tydelig den kontakten som kan være mellom det vi kaller oppdragsgiver, altså den som kan kjøpe, og tilbyder i en anbudsprosess”* [S1]. I tillegg til de grunnleggende reglene er det heller ikke lov til å ha kontakt med personer involvert i anbudsprosessen fra sykehusets side etter at anbudet er offentliggjort [S2; S1]. Det eneste unntaket er skriftlige spørsmål om uklarheter hvor svarene offentliggjøres for alle leverandørene. *”(...) hvis du har gitt noen opplysninger til den ene leverandøren, så må du gi de sammen opplysningene til den andre også”* [S3]. S1 forteller at de opplever relativt ofte at leverandører som er vant til privatmarkedet ikke overholder regelverket: *”Og da er det noen av de som ikke forstår at det for eksempel at i anbudsfasen har man ikke lov til å kontakte oss. Så når vi avviser de så sier vi hyggelig i telefonen at ’Dette kan vi dessverre ikke snakke om akkurat nå, for vi er i en anbudssituasjon’, så er det ikke alltid de forstår det og synes det er underlig av oss”* [S1]. Dette fremgår også av S2.

Konkurranse med forhandlinger og konkurransepreget dialog Konkurransen med forhandlinger og konkurransepreget dialog gir mer fleksibilitet i anbudsprosessen [S2]. Konkurransen med forhandlinger kan for eksempel benyttes hvis produktet eller behovet ikke i tilstrekkelig grad kan spesifiseres i en kravspesifikasjon, og brukes i særlig komplekse kontrakter. I konkurransepreget dialog går faggruppen og leverandører sammen om å

utvikle en kravspesifikasjon, som de igjen gir tilbud på [Grønli et al., 2012]. I Grønli et al. [2012] trekkes det frem et eksempel på god erfaring med konkurransepreget dialog: Direktoratet for forvaltning og IKT [Difi] opplyser om at til tross for at det var ressurskrevende både for kjøper og tilbyder, ble resultatet for Difi en halvering av kostnadene i selve anskaffelsen. For de leverandørene som ikke fikk kontrakt, ble det derimot et tap estimert på to-tre millioner pr. leverandør, et tap leverandørene måtte dekke selv.

4.4 Unntak fra LOA/FOA

I noen tilfeller er forsknings- og utviklings [FoU]-tjenester unntatt LOA/FOA, og anskaffelsesprosessen kan legges opp etter eget behov. I tilfeller hvor man er unntatt LOA/FOA, må også de grunnleggende kravene listet over, være innfridd. I tillegg skal det etterstrebtes konkurranse også for unntak av LOA/FOA [Grønli et al., 2012]. *”I anskaffelse av forsknings- og utviklingsoppdrag der det som etterspørres ikke finnes på markedet i det hele tatt, kan man benytte seg av det handlingsrommet som ligger i et unntak fra loven [FOU]”* [Grønli et al., 2012]. Et FoU-prosjekt er unntatt LOA/FOA hvis løsningen ikke finnes fra før av, kostnaden blir delt mellom to eller flere parter [S5], og at resultatet alene ikke kun kan benyttes av oppdragsgiver i egen virksomhet.

I Grønli et al. [2012] kommer det frem at unntaksregelen fra LOA/FOA blir lite brukt i anskaffelsesprosessen. Grunner til dette som er: *”finansielle utfordringer så vel som mangel på praktisk kunnskap hos innkjøpere”* [Grønli et al. [2012], side 13]. I en statusundersøkelse foretatt av Difi og Leverandørutviklingsprogrammet [2010, gjengitt i Lorentzen [2012]] hevdes det at grunnen til at lite gjennomføring av innovasjon er mangel på informasjon og kompetanse. Grønli et al. [2012] påpeker at *”Det må et målrettet arbeid til for å øke kunnskap og kompetanse i helseforetakene for ikke å se på loven som et hinder for innovasjon”* [Grønli et al. [2012], side 3]. S2 forteller at han vet om at det finnes unntak til regelverket, men at han selv ikke har erfaring fra slike anskaffelsesprosesser. Grønli et al. [2012] argumenterer for at mange innkjøpere kan oppleve FoU-anskaffelser som risikobaserte og kompliserte, og skylder på at det mangler *”håndfaste prosedyrer som loser innkjøpere trygt i havn, annet enn de mer grunnleggende prinsippene”* [Grønli et al. [2012], side 13]. Derfor har arbeidsgruppen som

har skrevet Grønli et al. [2012] startet arbeidet med en veileder som blant annet skal bistå innkjøperene i FoU-anskaffelser. Samtidig mener arbeidsgruppen at RHFene bør starte: *"flere ulike prosjekter i et samarbeid med Innovasjon Norge og leverandørindustrien og sammen øke erfaringsgrunnlaget og kompetansen på området"* [Grønli et al. [2012], side 4].

4.5 Anskaffelse av innovasjon

I Frøyland [2012] og Grønli et al. [2012] trekkes det frem at LOA/FOA ofte oppleves som en barriere for å gjøre innovative anskaffelser. Som nevnt i introduksjonskapittelet og i Grønli et al. [2012], er LOA/FOA etablert for *"å bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk av offentlige midler"* [Grønli et al. [2012] side 16]. Innovative anskaffelser bør derfor ikke hindres, ettersom det har samme formål som regelverket, og Frøyland [2012] mener at det ikke er lovverket i seg selv som hindrer innovative anskaffelser, men at det er viktig å øke kunnskapen rundt praktisering av regelverket slik at det fremmer, og ikke hindrer innovasjon. Grønli et al. [2012] mener at helsesektoren like vel har oppfattet LOA/FOA strengere enn de i utgangspunktet gir åpning for. Derfor presenterer Frøyland [2012] og Grønli et al. [2012] tre former for anskaffelse av innovasjoner: *Før-kommersielle anskaffelser*, *innovative anskaffelser* og *anskaffelse av innovative løsninger*, som vist i Figur 4.2.

Før-kommersielle anskaffelser er *"anskaffelse av forsknings- og utviklingsoppdrag der det som etterspørres ikke finnes på markedet i det hele tatt"* [Grønli et al. [2012], side 8]. S5 legger til at anskaffelsen gjelder når det bare er et problem eller et behov, altså før prosessen med å lage prototype har begynt.

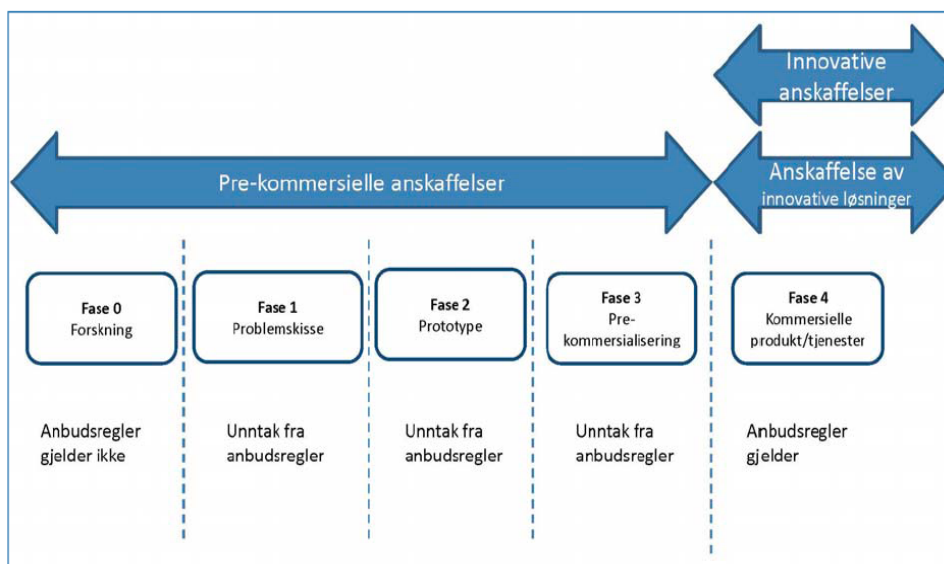
Innovative anskaffelser er *"en markedsrettet tilnærming til offentlige anskaffelser, der fokus er å legge til rette for nye løsninger og prosesser"* [Grønli et al. [2012], side 8]. S5 forteller at også innovative anskaffelser er underlagt anbudsreglene, og at de i dag har et økende fokus på en dialog med leverandørene om aktuelle løsninger som er på markedet. På den måten blir det en mer åpen prosess. Dette kommer også frem i Grønli et al. [2012] som argumenterer for at samarbeid med leverandørindustrien, både

internt og på tvers av HF og RHF, er et viktig virkemiddel for å sette innovasjon i fokus og skape forankring i helsesektoren. S5 legger til at: *"(...) det er også EU-systemet veldig opptatt av. Det innebærer at vi i offentlig sektor må være mer i dialog med leverandørene før vi lager kravspesifikasjoner"* [S5].

Anskaffelse av innovative løsninger er *"undersøkelser og dialog med markedet som gjør at man i anskaffelsen etterspør de beste og nyeste tilgjengelige produktene og tjenestene som finnes"* [Grønli et al. [2012], side 8].

På spørsmål om når noe blir beregnet som kommersialisert og dermed ikke lengre er en før-kommersiell anskaffelse, svarer S5: *"innovasjon, det må jo være noe nytt som ikke eksisterer i markedet..og ha tilstrekkelig innovasjonshøyde, (...) Men dette er jo skjønnsmessig vurderinger. Det vil alltid være grensetilfeller her"* [S5]. Som vist i Figur 4.2 trenger entreprenøren altså ikke å tenke på tilbud i utviklingsløpet før frem til det er utviklet et salgbart innovativt produkt eller tjeneste. Først da vil reglene for LOA/FOA tre i kraft [Grønli et al., 2012]. Videre i oppgaven er de tre formene for innovasjon i anskaffelsesprosessen omtalt som innovativ anskaffelse, med mindre annet er spesifisert.

Fokus på innovasjon Bare fem prosent av offentlige virksomheter har innovasjon som et mål i sin anskaffelsesstrategi, viser en undersøkelse gjennomført av PwC i samarbeid med Difi [2011, gjengitt i Grønli et al. [2012]]. For at innovasjon skal bli en del av anskaffelsene må det inn i de overordnede planene og strategidokumenter for helseforetaket. Gjennom utarbeidelsen av rapporten Grønli et al. [2012] med tittel: "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser", har arbeidsgruppen bak rapporten erkjent at det har vært *"for lite rom for innovasjon i helsesektorens anskaffelser"* [Grønli et al. [2012], side 25]. Arbeidsgruppen trekker frem at innovasjon må forankres både i strategier og ledelsen gjennom økt kunnskap, kompetanse og kulturbygging i både ledelse og fagmiljø. S5 erfarer at Helse-Norge har mange innovasjonsprosjekter som bare blir værende på prosjektstadiet og aldri realiseres. Han mener at det skyldes at de ikke blir koblet opp mot anskaffelsesprosessen.



Figur 4.2: Oversikt over når LOA/FOA gjelder for de ulike anskaffelsene innen innovasjonsområdet [Grønli et al. [2012], side 3].

S2 forteller at de ikke har fokus på innovasjon i anskaffelsene sine. Han mener at de mangler forankring av arbeidet fra Grønli et al. [2012], til tross for at det har gode intensjoner: *"Vi vedtar at vi vil være med på det, men det settes ikke av ressurser, og det er ikke nok ledelsesfokus på det etterpå. Og da koker det litt bort, dessverre. (...) det er gjerne sånn med mange ting i helsevesenet"* [S2]. Det er ikke nødvendigvis ressursmangel S2 trekker frem som grunnen til at innovasjonsrapporten ikke har slått rot, men mangel på fokus hos ledelsen. *"For vi får til det som ledelsen har fokus på"* [S2]. Målet om å redusere pasientventetiden fikk fokus i alle ledermøtene, og ble dermed oppnådd. S2 legger derfor til at: *"hvis innovasjon blir det samme, så får vi det til"* [S2]. I ett styredokument som viser til Grønli et al. [2012] heter det at: *"Administrerende direktør anbefaler at anbefalingene i rapporten blir fulgt opp. Det bør først utarbeides en veileder på området, så bør de regionale helseforetakene sammen drøfte mulighetene for utforme piloter i*

et felles opplegg” [Frøyland [2012], side 3]. S5 forteller at arbeidsgruppen som har skrevet Grønli et al. [2012] nå arbeider med denne veilederen som Frøyland [2012] viser til. Veilederen skal ifølge [S4] være klar i løpet av juni 2013. S5 legger til at de nå jobber aktivt med å sette opp pilotprosjekt som skal bruke mekanismene i før-kommersielle anskaffelser som et ledd i veien til bedre kunnskap og forståelse i helsesektoren.

Risiko Under intervjuene ble det nevnt ulike former for risiko ved innovative anskaffelser som har med helhetsbildet av anskaffelsen å gjøre. *”Det er ganske mange varianter av risiko, men risiko er på en måte en hovedoverskrift”* [S1]. Frøyland [2012] forteller at de har begynt å kartlegge og strukturere risikotenkningen rundt innovative anskaffelser. På den måten kan de ved presentasjon av nye løsninger gjøre en *”strukturert og metodisk risikovurdering for å få et bilde av hvilke typer risiko”* en innovasjon kan inneha, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å redusere disse risikoene [S1].

Grønli et al. [2012] omtaler organisatorisk/institusjonell risiko, som er knyttet til at en anskaffelse feiler på grunn av ting som skyldes prosesser internt i helsesektoren. *”Produktene kan for eksempel vise seg å ikke være kompatible med eksisterende produkt og/eller institusjonelle rutiner og prosesser”* [Grønli et al., 2012]. Det blir nevnt to innovasjonseksempler senere som hvor det er avgjørende at innovasjonen kan integreres med de eksisterende systemene sykehuset har fra før av [S5; S3]. Dette kan også sees i sammenheng med det S1 omtaler som prosessrisiko: *”nye prosesser som man ikke får til å virke for at produktet skal finne sin funksjon”* [S1].

S1 beskriver videre den han omtaler som adopsjonsrisiko. Adopsjonsrisiko forklarer han med at noe bra gjøres på en måte på en avdeling, men er vanskelig å gjennomføre i større skala på flere avdelinger. Til tross for at han selv ikke har deltatt i mange prosesser hvor adopsjonsrisiko har vært en faktor, forteller S2 at når de prøver å kopiere en god løsning fra et annet sykehus, så kan de få motstand fra ansatte. Han trekker også frem at det sterke fagmiljøet og -organisasjonene kan skape adopsjonsrisiko. Adopsjonsrisiko er også risiko for endring av arbeidsrutiner. S5 bekrefter på spørsmål fra forfatter at endring av arbeidsrutiner til de ansatte kan

gjør det vanskeligere for å introdusere innovasjon. S5 forteller at de får en utfordring når de ansatte må tilpasse seg nye krav og gjennom en opplæringsprosess. På samme spørsmål fra forfatter bekrefter S1 at det i noen tilfeller kan være utfordring om en innovasjon vil endre arbeidsrutinene til de ansatte. *"(...) det jo sånn at hvis er produkt er innovativt og løser noe på en annen måte, så kan det bety at arbeidsrutinene og arbeidsprosesser må eller kan legges om. Og det er det nok og ofte en iboende skepsis mot"* [S1]. S1 mener at det kan være et kulturelt fenomen i helsesektoren hvor alle vet best selv, og at de dermed er konservative til å ta inn nye ting.

Grønli et al. [2012] påpeker at det også er risiko i det å ikke være innovativ. *"Innovasjon betyr også å ta sjanser"* [S3]. S3 forteller at en måte å håndtere risikoen på er å ha risikovillige midler. Hvis noen kommer med en god idé som Helse Midt-Norge RHF kunne tenke seg, så prøver de å finne ut hvor mye det vil koste å komme i gang med en prototype. Han legger til at da må de inn med egne timer også.

Etter å ha presentert lovverket og forskriftene med ulike konkurranseformer, FoU, samt hvordan det tas stilling til innovasjon og risiko i anskaffelsesprosessen, er det naturlig å presentere noen eksempler for hvordan anskaffelser av innovasjon er blitt gjennomført i Helse-Norge.

4.6 Eksempler på ikke-medisinsk innovasjon i Helse-Norge

Helse-Norge har gjennomført en rekke innovasjonsprosjekter, både hvor helsesektoren selv har identifisert et problem og leter etter en løsning, ansatte har en idé, eller hvor entreprenører oppsøker helsesektoren med én idé. Disse eksemplene presenteres i teksten under.

Eksempel 1: Posicom Posicom er en oppstartsbedriften fra Kongsberg som oppsøkte Helse Sør-Øst RHF [S5]. De leverer en videoteknologi som tilsvarende redigering som kjent fra fotballkamper på TV, hvor kritiske scener vises i repeat. Dette er nyttig i operasjoner hvor det er mulig å hente ut kun det som er relevant for senere bruk. For å viderutvikle og tilpasse teknologien har Posicom deltatt i et treårig OFU-prosjekt sammen med Vestre Viken HF i Drammen og Innovasjon Norge. En utfordring S5 nevner er at Posicoms' system må kunne integreres inn mot deres journalsystem:

"Så det er ikke bare det å ta denne programvaren i bruk, men den må tilpasses og videreutvikles inn mot våre basissystemer" [S5].

Eksempel 2: Digital penn Digital pennskal brukes av ambulanser i forbindelse med rapportering under utrykning. Prosjektet fikk støtte fra både InnoMed og Helse Midt-Norge. De fant en mulig leverandør til utviklingen, som hadde levert noen løsninger som lignet til andre virksomheter tidligere. Prosjektet er nå ferdig med pilotfase og evaluering. Til tross for at prosjektet har vært vellykket, er det ikke bare for S3 å kjøpe pennene. Da må de ut på konkurranse. S3 sier at en utfordring de har i prosjektet er at mange mener at de som leverer den tekniske løsningen har fått et for stort fortrinn fordi de har fått mye informasjon under utviklingen. Utviklingen har i tillegg tatt lengre tid enn planlagt, og leverandøren har hele tiden gått inn med en stor egeninnsats. Leverandøren sier at nå må de enten få kontrakten og ferdigstille den digitale pennen, eller må de gi seg. S3 trekker frem at regelverket oppfattes som så tungt at prosessen stopper: *"Man trodde at så lenge det var en vellykket pilot, så er det bare å gå videre og pengene bare drysser ned"* [S3]. Det tar lang tid å få en beslutning for veien videre, ettersom det nettopp er opprettet nytt Ambulanse RHF i Helse Midt-Norge som skal ta i bruk den digitale pennen [S3].

Eksempel 3: Akuttmottak for eldre Et annet eksempel som S3 trekker frem fra Helse Midt-Norge RHF er en idé fra en lege på et av sykehusene. Han mente at et eget akuttmottak for eldre folk burde opprettes. S3 forklarer at eldre folk krever spesiell oppfølging når de kommer inn på akuttmottaket, og at det derfor kan være mer effektivt å skille akuttmottakene. Her har også InnoMed og Helse Midt-Norge RHF vært inne med økonomisk støtte til prosjektet.

Eksempel 4: Mindre leveranser På oppfordring fra Regjeringen skal det på store prosjekter, for eksempel totalenterprise på byggeprosjekter som inneholder en mengde leveranser, forsøke å splitte opp leveransen for å inspirere lokale leverandører til å levere og være kreativ i arbeidet [S4]. Dette skal skje uten at det behøver å bli noe dyrere. S4 forteller at de er veldig fornøyd med gjennomføringen, da de har oppnådd besparelser ved bruk av mindre leverandører enn de store: *"Det krever litt mer administra-*

sjon hos oss, men det viser seg ofte at vi får flere og gode tilbud også når vi splitter opp” [S4].

Eksempel 5: Lean-prosesser For å forbedre arbeidsprosesser har Helse Nord RHF gjennomført *lean*-prosesser og oppnår bedre og mer innovative måter å jobbe på [S4]. Helse Nord RHF har gjennom disse lean-prosessene spart flere millioner kroner, og har nå ansatt en egen lean-ekspert i RHFet.

Eksemplene på innovasjon fra Helse Nord RHF viser at det er fokus på innovasjon også i prosessene de kjører internt og i anskaffelsen, mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF trekker frem konkrete eksempler på innovasjonsprosjekter hvor både entreprenør og ansatte har kommet oppfordret med løsninger, eller at helsesektoren selv har søkt etter en løsning til et problem.

4.7 Introduksjon av anskaffelse av ikke-medisinsk innovasjon i Helse-Norge

I samtalen med S5 argumenterer han for at det er vanskeligere å introdusere innovasjon enn et standardprodukt til helsesektoren, ettersom det mangler en standardisert prosedyre for fremgangsmåte. Dette kommer også frem som en stor utfordring under intervjuet med S1, og i Grønli et al. [2012] anbefales helsesektoren å: *”Utvikle struktur for informasjonsflyt for å kunne ta i mot og følge opp gode ideer både fra eksterne og internt [f.eks næringsliv fra andre bransjer]”* [Grønli et al. [2012], side 4]. I intervjuene blir det presentert ulike måter å gjennomføre anskaffelse av innovasjoner til helsesektoren på: Den første er anskaffelse av innovasjon i etablerte anbuds-kontrakter [S1], den andre er at noen i helsesektoren opplever et problem eller identifiserer et behov og dermed leter etter en løsning [Grønli et al. [2012]; S1; S5; S3], den tredje er at ansatte i helsesektoren selv har en idé [S3], mens den fjerde er at en entreprenøren oppsøker helsesektoren med idé [S5].

Anskaffelse av innovasjon i anbudskontrakten S1 forteller at opp til 20 % av volumet i en kontrakt kan i kontraktsperioden brukes til å kjøpe produkter fra andre leverandører som har nye eller innovative produkt som

helsesektoren kan teste. Hvis helsesektoren er fornøyd med produktet etter testingen, vil de prøve å skrive kravspesifikasjonen i neste anbudsrunde slik at de nye produktene blir inkludert.

Helsesektoren søker etter en løsning I LMI [2012] oppfordres det offentlige i større grad å etterspørre nye løsninger på de utfordringene og problemene de har. Når helsesektoren opplever et problem eller identifiserer et behov, hender det at de kaller leverandørene inn til en tilbyderkonferanse for å høre hva markedet har å tilby [Grønli et al. [2012]; S1; S5]. Målet er at leverandører da kan være med i diskusjoner rundt: Hvordan kan dette problemet løses? *”Det ligger også store muligheter i en bredere leverandørdialog både på generelt grunnlag for å fange opp trender og ideer, og spesifikt i forkant av anskaffelser for å etterspørre de beste og nyeste tilgjengelige produkter og tjenester i markedet”* [Grønli et al. [2012], side 3]. S5 forteller at det ofte er en sammenheng mellom at de ser et behov, hvor det finnes løsninger som kan tilpasses til å dekke behovet, slik som eksempelet om Digital Penn.

Ifølge S2 er denne praksisen ikke så utbredt i Helse Midt-Norge RHF: *”Det er vel i begrenset omfang at vi har vært på søk etter innovative løsninger”* [S2]. Han legger til at for vanlige anskaffelser så har de invitert til dialogmøte på DOFFIN, hvor de forteller hva de trenger, og så lytter de til innspill fra leverandørene. Det ser han på som svært nyttig. På den måten klarer de å identifisere en del problemområder i forkant av en anskaffelsesprosess, slik at de slipper unna kritikk som kan komme i etterkant om noen føler at de har blitt holdt utenfor [S2].

Ansatte i helsesektoren har en idé S3 forteller at når leger og sykepleiere har en idé, vet de ofte ikke at det finnes et innovasjonsmiljø som de kan oppsøke. Det er en utfordring som Helse Midt-Norge RHF arbeider med å løse. De ønsker å først og fremst oppnå at den ansatte kan ha noen å diskutere ideen med, for så å bli koblet opp mot et innovasjonsmiljø. Han trekker frem at Helse Midt-Norge RHF har gått inn på eiersiden i NTNU Technology Transfer som er NTNUs kommersialiseringsenhet, og kan derfor være et viktig bidrag i å hjelpe ideer opp og frem [S3].

Entreprenører oppsøker helsesektoren med en idé Det er ingen fast måte å starte en prosess med entreprenører som har ideer [S1; S5]. *"(...) det er faktisk ikke en sånn standardisert vei. Så det vil være litt avhengig av hvilke type produkt det er, hvor mye kunnskap vedkommende har om sykehusorganisasjonen, om man treffer en fagperson eller (...) går inn på ett eller annet type ledelsesnivå for å presentere ideen sin"* [S1]. Det S1 ofte ser er at entreprenører tar kontakt med relevant fagfolk på sykehuset for å få dem engasjert og entusiastisk rundt innovasjonen sin. Videre tar så fagpersonen med løsningen til sin leder, eller ledelsen generelt, hvor de finner ut om dette er en god idé og som de kan teste ut. Det samme trekkes frem av S5. Hvis entreprenøren ikke vet hvem de skal kontakte på sykehuset, tar de ofte kontakt med S1 for å bli veiledet til rett sted.

S2 forteller at det er fullt mulig å få til et møte om man har en idé til helsesektoren i Helse Midt-Norge RHF. Det forteller også S1. Opp til flere ganger i måneden blir han kontaktet av entreprenører som mener at de har gode ideer til helsesektoren: *"Vi har som policy at vi i utgangspunktet skal være positive til slike henvendelser eller fremstøt. (...) vi legger opp til er at de som har nye produkter får mulighet til å presentere seg og sitt produkt"* [S1].

S4 forteller at da han hadde ansvaret for anskaffelse, fikk han enten henvendelser direkte fra entreprenører, eller via HFene. Når henvendelser om gode ideer kommer er det innkjøp som koordinerer og bestemmer om entreprenøren får lov til å komme å presentere løsningen eller ikke. Ved en presentasjon inviteres fagfolk for å se om det er en løsning som er interessant å jobbe videre med.

4.8 Anskaffelse av ikke-medisinsk innovasjon

Anskaffelsesprosessen av ikke-medisinsk innovasjon til Helse-Norge presenteres med utgangspunkt i helsesektorens anskaffelsesprosess som presentert i Figur 4.1. Anskaffelsen er begrenset til at enten en entreprenør eller ansatt oppsøker helsesektoren med en idé og har gjennomført én presentasjon for noen i sektoren og prosessen skal nå bevege seg videre.

4.8.1 Kartlegge behov

I en håndbok skrevet av Aarseth et al. [2011] med tittel ”Behovsdrivet innovasjon: 10 steg til innovasjon i helsesektoren” presenteres steg som helsesektoren skal gjennom ved introduksjon av innovasjon, og skal være ”et hjelpemiddel og verktøy for alle som arbeider med innovasjon i helsesektoren” [Aarseth et al. [2011] , side 6]. Behovsdrivet innovasjon defineres som forståelse av ”brukerens eksisterende og fremtidige behov, for å sikre utvikling av løsninger som er forankret i reelle behov” [Aarseth et al. [2011] , side 7]. Stegene tar en idé fra å bare være en idé til å bli kommersialiserbar gjennom et FoU-prosjekt. Av disse stegene er: *Forankring av behovsområdet, Kartlegging av behov, Kartlegge markedssituasjonen og Videreføring*, ansett som relevante for å beskrive *Kartlegge behov*-steget fra Figur 4.1.

Forankring av behovsområdet Helsesektoren anbefaler å involvere behovseier i prosessen på et så tidlig stadie som mulig. Behovseier er den som adresserer behovet, og kan være villig til å forankre prosjektet i sin organisasjon [Aarseth et al., 2011]. ”Forskning [sic] og utviklingen som fører til nye teknologier må hele tiden være i dialog med dem som skal implementere teknologien og ta den i bruk på riktig måte” [LMI, 2012, side 2]. Aarseth et al. [2011] argumenterer for at det er viktig med bred forankring for at flest mulig kan dra nytte av innovasjonen. Det er viktig å innhente informasjon om størrelse og omfang av behovet, for å sjekke at det er stort nok til å overleve i markedet: ”Med tidlig involvering av industripartner, og med visshet om at markedet og behovet er stort, øker sjansen for at løsningen blir en suksess og forretningsrisikoen minimeres” [Aarseth et al. [2011], side 20].

S2 anbefaler en entreprenør som prøver å introdusere en innovasjon til helsesektoren, om å gjennomføre møter også med representanter fra innkjøpsavdelingen tilstede. Dette er fordi han med at brukerne gjerne mangler erfaringen for hvordan regelverket fungerer. Dette bekreftes også av Grønli et al. [2012] som hevder at innkjøpskompetansen vanligvis involveres så sent i prosessen at det reduserer mulighetene for en god og innovativ anskaffelse. S2 har inntrykk av at mye av kontakten går direkte på brukernivået. Han poengterer viktigheten av at brukerne er med fra tidlig fase, men ser med skepsis på at det lett oppstår en uforankret entusiasme for

innovasjonen. S2 anbefaler derfor at det skjer en forventningsavklaring så tidlig som mulig i prosessen. S3 forteller også at det for en tid tilbake ble gjennomført et prøveprosjekt med en del digitale skjermer som blant annet viste oversikt over operasjoner: *"Det synes vi var så vellykket at nå ville vi bare anskaffe flere sånne da"* [S3]. Da fikk de beskjed om at en større anskaffelse måtte ut på anbud, og da stoppet det opp. Han poengterer at det er mange som klager over regelverket og mener at det er byråkratisk når slike situasjoner oppstår.

Kartlegging av behov For at entreprenøren skal øke sannsynligheten sin for å komme videre i en anskaffelsesprosess med S2 er det viktig å få frem løsningens nytteeffekt, i tillegg til å virke troverdig. Behovet for nytteeffekt trekkes også frem av Grønli et al. [2012]: *"For å lykkes i en innovativ anskaffelse, kreves det at bruker/kjøpers behov er tydeliggjort og kommunisert til potensielle leverandører, og leverandørers kunnskap om mulige løsninger kommunisert tilbake til kjøper"* [Grønli et al. [2012], side 9].

Entreprenøren anbefales også å ha noe å vise til, for eksempel en prototype. På den måten skjønner RHFet at dette er en seriøs aktør og at dette er et kompetent prosjekt [S5]. Samtidig sier S1 at hvis ideen er på et veldig tidlig stadiet, så har de ansatte vanskelig for å få god forståelse for hva det kan gjøre og hvilke fordeler det gir: *"Men så ser vi nok ofte at i en veldig initiell fase så er produktet så lite utviklet at våre kliniske miljø blir veldig skeptiske til 'Hva er nå dette egentlig for noe..' Det er ofte noen dilemma når produktet er veldig nytt"* [S1]. Om innovasjonen er radikal, at den løser noe på en helt ny måte for forvaltning og IKT, vil den ifølge S1 være vanskeligere å introdusere til helsesektoren enn om innovasjonen er inkrementell, at den forebedrer noe for forvaltning og IKT. Det bekrefte også i Grønli et al. [2012] hvor det står at fagmiljøene opplever det problematisk å utforme kravspesifikasjon, og derfor heller spesifiserer en kravspesifikasjon som tar utgangspunkt i et kjent produkt, ettersom det oppleves arbeidskrevende å tilpasse seg nye produkter eller tjenester.

En annen utfordring rundt prosessen av FoU er at produktet må testes i fagmiljøet. S1 forteller at de kan oppleve motstand fra de kliniske miljøene som ikke ønsker å bruke tid på å teste ut nye innovasjoner. 'Så

selv om vi har mekanismer i kontraktene våre som åpner opp for at nye produkter kan tas inn å prøves ut, så er det nok ofte, ikke alltid, men ofte en utfordring å få avdelingene til å ville ta inn nye produkter” [S1].

Grønli et al. [2012] argumenterer for at innovative anskaffelser skiller seg fra ordinære anskaffelser ettersom: *”hele eller deler av kontraktens gjenstand usikker og/eller ukjent i sin endelige form. Dette faktum reiser spørsmål om i hvilken grad det er mulig å skrive gode, balanserte kontrakter som reduserer teknologisk risiko for oppdragsgiver, uten å samtidig løfte all teknologisk risiko over på leverandør?”* [Grønli et al. [2012], side 19]. Teknologisk risiko blir beskrevet som risiko for *lock-in*-effekt. Lock-in-effekt beskrives av Grønli et al. [2012] som *”at markedet blir låst til en bestemt teknologi eller et bestemt produkt (...) Dette kan skape problemer særlig i de tilfeller hvor anskaffelsen skjer før konkurrerende teknologier har blitt undersøkt nøye nok”* [Grønli et al. [2012], side 19]. S1 forteller at de også opplever lock-in som en utfordring for anskaffelsen. For å redusere faren for lock-in-effekt bør derfor markedssituasjonen kartlegges nøye.

Kartlegge markedssituasjonen S4 mener at den største utfordringen de har er *”å vite hva som finnes i markedet”* [S4]. Han vektlegger at helse-sektoren derfor må gjennomføre en god markedsundersøkelse for å tilegne seg kunnskap om hva som finnes på markedet og hvem som kan levere de ulike løsningene. Samtidig legger han til at Norge er et ettertraktet marked for leverandørene i helsesektoren, og at de derfor har god informasjon om det meste, men at utfordringen ligger i å skaffe seg oversikt over denne informasjonen [S4]: *”Det finnes 17 000 helseforeskrifter i verden! Så å holde seg oppdatert på det er ikke alltid like lett”* [S4].

I tillegg til å søke gjennom databaser etter tilsvarende løsninger, kartlegger S5 markedet gjennom nettverket sitt i leverandørindustrien. Grønli et al. [2012] argumenterer for at det er viktig å vite hva som finnes på markedet for ikke å anskaffe *”gårsdagens løsninger”*, og S5 argumenterer for at det er viktig at de velger en god og fremtidsrettet løsning. Da må de gjøre et godt forarbeid og sjekke hva markedet til en hver tid har: *”(...) men det skjer en rivende teknologisk utvikling enten i Norge eller internasjonalt som vi ikke i tilstrekkelig grad har tatt hensyn til, og da kan det fort skje at*

vi kjøper løsninger som ikke er 'moderne', og dermed også litt gammeldags på området" [S5].

Som et eksempel på dette fortalte S3 et de var involvert i et innovasjonsprosjekt hvor de gikk inn med 3 millioner kroner i økonomisk støtte. Underveis i prosessen kom det ut et konkurrerende produktet som ble valgt til teknologistandard og kostet bare noen få hundre tusen. Dermed trakk de seg ut av samarbeidet med entreprenøren, noe som førte til at de måtte betale entreprenøren over en million kroner. *" Du skal tenke deg om som kunde og før du går inn i sånne forpliktende løp. Når det tar så lang tid så kommer det ofte ting underveis også" [S3].*

Videreføring I videreføringen av et innovasjonsprosjekt som er blitt et produkt basert på et identifisert behov, må det avgjøres om helsesektoren skal gå videre i prosessen eller ikke. *"(...) regelverket er sånn at du skal kunne jobbe med innovasjon i den prosessen frem til du må ut på konkurranse" [S4].* I så tilfelle går produktet fra å være før-kommersiell til å bli en innovativ anskaffelse eller anskaffelse av innovativ løsning, og må dermed ut på konkurranse. På spørsmål om oppførselen til leverandør i fasen frem til videreføringen har påvirkning på beslutningen, svarer S1: *"Vi liker jo å tro at det påvirker oss lite."* Som vist i starten av delkapittelet og Figur 4.1, er det noen prosesser som må gjennomføres før entreprenøren har gått fra å teste til å selge innovasjonen sin.

4.8.2 Danne tverrfaglig gruppe

Det vil opprettes en tverrfaglig gruppe som skal utarbeide kravspesifikasjonen sammen. Denne gruppen bør helst ikke bestå av de samme personene som har vært tungt inne i utviklingsløpet sammen med entreprenøren. Det er for å ivareta de grunnleggende prinsippene i LOA/FOA [S2].

4.8.3 Kravspesifikasjon

Grønli et al. [2012] påpeker at det de omtaler som Definisjonsrisiko er svært høy i innovative anskaffelser på grunn av at: *"oppdragsgiver i disse tilfellene må definere sitt behov ut fra funksjon og målbilder, uten å kjenne det konkrete produktet, fremfor detaljert spesifikasjon av det som ønskes*

kjøpt” [Grønli et al. [2012], side 18]. *”Men utfordringen ligger jo at vi er god nok til å skrive gode kravspesifikasjoner. Men det betinger jo også at vi vet om utviklingen på området”* [S4]. S5 forklarer at når prosjektet er ferdig og anskaffelsen skal ut på anbud, kan ikke entreprenøren involveres direkte i utformingen av kravspesifikasjonene. Kravspesifikasjonen må være så generell at den ikke hindrer andre leverandører å svare på den [S4]. S2 forklarer at det bør helst ikke oppstå en eneleverandørsituasjon, og presenterer en utfordringen med regelverket hvor: *”(...) man må nøytralisere spesifikasjonen til at det er noe annet enn det som selgeren kom med”* [S2].

Grønli et al. [2012] fremhever viktigheten av kravspesifikasjonen i anskaffelsesprosessen, i tillegg til å argumentere for at den også oppleves som den vanskeligste delen av prosessen: *”Det er gjennom denne prosedyren at oppdragsgiver skal sikre seg at den får en ytelsen [sic] som oppfyller behovene”* [Grønli et al. [2012], side 22]. I arbeidet med å styrke anskaffelser av innovasjoner anbefaler Grønli et al. [2012] *”å øke kompetansen og få erfaringer rundt metoder for kravspesifisering som fremmer innovasjon. Det er også nødvendig med en viss handlefrihet fra ledelsen for å satse på nyvinninger”* [Grønli et al. [2012], side 22].

4.8.4 Konkurransen

Selve konkurransen kan ta ulike former, som beskrevet i kapitlet om *”Regelverk for anskaffelse”*. S3 trekker frem viktigheten av å følge med på markedet gjennom hele prosessen, til tross for at det er bygget opp en god relasjon til entreprenøren: *”uansett om du har en liten leverandør med en god idé og du satser på den for å få den opp til et produkt som du er tjent med da, så kan du ikke uten videre ta for gitt at det er det eneste som finnes”* [S3].

4.8.5 Kontrakt

Kontrakten vil bli tildelt entreprenøren basert på hvor godt kravspesifikasjonen er møtt. S2 argumenterer for at om entreprenøren er i en monopolsituasjon, må innkjøperen overbevises om at situasjonen ikke utnyttes, siden han opplever at entreprenøren vil ta det markedet tåler å betale for ett produkt. S2 påpeker at entreprenøren bør tenke på å gi den første

kjøperen produktet til salgskost, ettersom det er en døråpner inn på markedet og derfor bør belønnes, fremfor ”den andre vinklingen ’nå tar vi det det tåler’” [S2].

4.9 Oppsummering

Kapittelet tar for seg helsesektorens anskaffelsesprosess av innovasjoner som skal bidra til å besvare forskningsspørsmål 1: *Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?* Kapittelet starter med å beskrive hvordan Helse-Norge sin anskaffelsesstruktur er satt opp, hvor anskaffelser gjennomføres på tre nivå: Nasjonalt, RHF og HF. Fra intervjuene kommer det frem at en generell anskaffelse består av følgende steg i varierende omfang: *kartlegge behov, tverrfaglig gruppe, utarbeidelse av kravspesifikasjon, konkurranse, og kontrakt* [S2; S1; S5; S4], som vist i Figur 4.1. Det er den tverrfaglige gruppen som utarbeider kravspesifikasjonen og behandler svarene på konkurransen. Sammen skriver de en innstilling som leveres til styringsgruppen hvor endelig kjøpsbeslutning blir tatt.

Det finnes en rekke regler for hva som er lov og ikke lov i en anskaffelsesprosess [Grønli et al. [2012]; S2; S1; S5; S4; S3]. Hovedregelen er at alle offentlige virksomheter må følge LOA og FOA [Grønli et al., 2012]. LOA/-FOA trer i kraft når en anskaffelse koster mer enn 500 000 kr. LOA/-FOA baserer seg på at det skal være gjennomsiktighet i prosessene og likebehandling av alle partene som er involvert. Det finnes en rekke ulike konkurranseformer [S4], men forfatteren trekker frem *Anbudskonkurranse*, ettersom den er mest utbredt [Grønli et al. [2012]; S4], i tillegg til *Konkurranse med forhandlinger* og *Konkurransepreget dialog*, ettersom det er aktuelt for innovasjoner å gå ut på denne typen konkurranser.

I noen tilfeller er forsknings- og utviklings [FoU]-tjenester unntatt LOA/-FOA, og anskaffelsesprosessen kan legges opp etter eget behov. I tilfeller hvor man er unntatt LOA/FOA, må også de grunnleggende kravene for LOA/FOA være innfridd. I tillegg skal det etterstrebtes konkurranse også for FoU-prosjekt [Grønli et al., 2012]. Til tross for unntaksordningen blir den liten brukt for å gjennomføre FoU-prosjekt, på grunn av sykehusrepresentantenes manglende erfaring og kunnskap på området [Grønli et al.,

2012]. Derfor er det nå utarbeidet tre former for anskaffelse av innovasjoner: *Før-kommersielle anskaffelser*, *innovative anskaffelser* og *anskaffelse av innovative løsninger*, som vist i Figur 4.2 [Frøyland [2012]; Grønli et al. [2012]]. Figur 4.2 viser at entreprenøren ikke trenger å tenke på anbud i utviklingsløpet før frem til det er utviklet et salgbart innovativt produkt eller tjeneste. Først da vil reglene for LOA/FOA tre i kraft [Grønli et al., 2012]. Grønli et al. [2012] trekker frem at innovasjon må forankres både i strategier og ledelsen gjennom økt kunnskap, kompetanse og kulturbygging i både ledelse og fagmiljø. S2 forteller at de ikke har fokus på innovasjon i anskaffelsene sine. Han mener at de mangler forankring av arbeidet fra Grønli et al. [2012] i ledelsen, til tross for at rapporten har gode intensjoner.

Under intervjuene ble det nevnt ulike former for risiko ved innovative anskaffelser som har med helhetsbildet av anskaffelsen å gjøre. Frøyland [2012] forteller at de har begynt å kartlegge og strukturere risikotenkningen rundt innovative anskaffelser. Grønli et al. [2012] omtaler organisatorisk/-institusjonell risiko, som er knyttet til at en anskaffelse feiler på grunn av ting som skyldes prosesser internt i helsesektoren. Eksempler på slik risiko er Digital penn og Posicom, hvor det er avgjørende at innovasjonen kan integreres med de eksisterende systemene sykehuset har fra før [S5; S3]. Adopsjonsrisiko blir også diskutert som en utfordring. Eksempel på adopsjonsrisiko er når noe bra gjøres på en måte på en avdeling, men er vanskelig å gjennomføre i større skala på andre avdelinger [S1]. Adopsjonsrisiko er også risiko for endring av arbeidsrutiner.

Ulike innovasjonsprosjekter ble presentert av intervjuobjektene. Eksemplene på innovasjon fra Helse Nord RHF viser at det er fokus på innovasjon også i prosessene de kjører internt i tillegg til i selve anskaffelsen. På den andre siden trekker Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF frem konkrete eksempler på innovasjonsprosjekter hvor både entreprenør og ansatte har kommet oppfordret med løsninger, eller at helsesektoren selv har søkt etter en løsning til et problem.

I samtalen med S5 argumenterer han for at det er vanskeligere å introdusere innovasjon enn et standardprodukt til helsesektoren, ettersom det mangler en standardisert prosedyre for fremgangsmåte. Dette kommer

også frem som en stor utfordring under intervjuet med S1, og i Grønli et al. [2012] anbefales helsesektoren å lage skikkelige rutiner for introduksjon og oppfølging av innovasjonsprosjekter. Det blir videre presentert ulike måter å gjennomføre anskaffelse av innovasjoner til helsesektoren på: Den første er anskaffelse av innovasjon i etablerte anbudskontrakter [S1], den andre er at noen i helsesektoren opplever et problem eller identifiserer et behov og dermed leter etter en løsning [Grønli et al. [2012]; S1; S5; S3], den tredje er at ansatte i helsesektoren selv har en idé [S3], mens den fjerde er at en entreprenør oppsøker helsesektoren med idé [S5].

Anskaffelsesprosessen av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren i Norge tar utgangspunkt i anskaffelsesprosessen som er presentert i Figur 4.1, og begrenser seg til at enten en entreprenør eller ansatt oppsøker helsesektoren med en idé. For å beskrive *kartlegge behov*-steget tar forfatteren utgangspunkt i stadiene *Forankring av behovsområdet*, *Kartlegging av behov*, *Kartlegge markedssituasjonen* og *Videreføring* [Aarseth et al., 2011]. Stadiene tar en idé fra å bare være en idé til å bli kommersialiserbar gjennom et FoU-prosjekt. Helsesektoren anbefaler å involvere behovseier i prosessen på et så tidlig stadie som mulig. Behovseier er den som adresserer behovet, og kan være villig til å forankre prosjektet i sin organisasjon [Aarseth et al., 2011]. Entreprenøren bør også involvere representanter fra innkjøpsavdelingen tidlig i prosessen, for å styre forventningsavklaringen [Grønli et al. [2012]; S2].

S1 oppfatter at når ideer er på et veldig tidlig stadiet, er det vanskelig å få god forståelse av hva innovasjonen kan gjøre og hvilke fordeler den vil gi. Derfor er det viktig at entreprenøren legger vekt på innovasjonens nytteeffekt, og at entreprenøren bygget tillitt gjennom å oppføre seg troverdig [Grønli et al. [2012]; S2]. Radikale innovasjonen er vanskeligere å introdusere til helsesektoren enn om innovasjonen er *inkrementell* [Grønli et al. [2012]; S1]. S4 mener at den største utfordringen helsesektoren har er *”å vite hva som finnes i markedet”* [S4]. Han vektlegger at helsesektoren må gjennomføre en god markedsundersøkelse for å se hva som finnes på markedet og hvem som kan levere de ulike løsningene.

Kapittelet avsluttes med å beskrive hvordan videreføringen av et inno-

vasjonsprosjekt foregår. Innovasjonen vil dermed gå fra å være før-kommerciell til å bli en innovativ anskaffelse eller anskaffelse av innovativ løsning, og må dermed ut på konkurranse. Resten av anskaffelsesprosessen av innovasjonen blir derfor som de resterende stegene fra Figur 4.1: *Tverrfaglig gruppe, utarbeidelse av kravspesifikasjon, konkurranse, og kontrakt.*

5 Entreprenørens salgsprosess av innovasjoner til helsesektoren

I dette kapittelet presenteres informasjon fra intervjuene som bidrag til å besvare forskningsspørsmål 2: *Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?*. Delkapittelet starter med en beskrivelse av entreprenørenes syn på helsesektorens innovasjonsfokus, presentere ulike støtteordninger for entreprenøren, entreprenørens salgsprosess for innovasjoner, strukturert på samme måte som teori-kapittelet med stegene; *bevisstgjøring, interesse, vurdering og kjøp*.

5.1 Helsesektorens fokus på innovasjon

E3, E1, E2 og K1 opplever helsevesenet som for kontrollerende og byråkratisk slik det er i dag. Samtidig forteller K1 at det er gjort en hel del for å forenkle det store byråkratiet innen anskaffelse. K1 nevner at NHO jobber med noe som omtales som Leverandørutvikling, hvor det skal være lov til å ha litt mer innovative anskaffelsesprosesser ved å oppfinne ting sammen gjennom FoU-prosjekter. *"Jeg tror de bør legge seg på et mindre detaljstyrende nivå, og heller jobbe mer med rammebetingelsene."* [K1].

E4 forteller at det har vært lett å få organisert møter med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF, mens i Helse Vest RHF har hun opplevd prinsippet om likebehandling som en utfordring for innovasjonen: *"Bare snakk ett kvarter". Her skal alle ha lik tilgang på taletid. (...) jeg stilte meg undrende til at jeg kun fikk ett kvarter til å fortelle om et nytt produkt og en ny innovasjon som skal berøre og legge om prosessen på 14 000 fødsler. Det synes jeg kanskje også er en trussel mot innovasjon"* [E4]. E3 hevder at innkjøperne ikke sitter like tett på problemene som de som skal bruke innovasjonen, og at de derfor har feil fokus når alle prosesser skal være gjennomsiktige og rettferdige: *"Og så er de jo byråkrater som ikke har det så veldig travelt. (...) Jeg tror at helsevesenet består av veldig mye 'ikke-entreprenører'. (...) Det er veldig mye byråkrater, saksbehandlere, som sitter på de kontorene. (...) Alt skal være så rettferdig. (...) Rettferdig og riktig"* [E3]. E4 argumenterer med at innovasjon må få en annen prioritet, på grunn av helsesektorens utfordringer i årene fremover. E5 forteller at HFene ikke har nok penger og personell som har tid til å delta i innovasjonsprosjektene, og at det må

prioriteres, ettersom de mangler erfaring med innovasjonsprosjekter. E4 synes det er veldig positivt at helsesektoren har gått sammen og skrevet Grønli et al. [2012] og nå arbeider med en veileder for den. Samtidig stiller hun spørsmålet: *"(...) hvordan sikrer man seg at den fysiske avdelingslederen vet det?"* [E4].

E4 vektlegger at innovasjon må komme i fokus hos ledelsen: *"Det må ikke kunne gå an for en avdelingsleder å få fyken fordi hun prøver å få bedre flyt gjennom avdelingen!"* [E4]. *"Men jeg ser jo klart utfordringene på helsesiden er jo at de .. de skal jo ikke ta noen sjanser der"* [E5]. E4 forteller at avdelingslederne er redd for å få kjeft, og i verste fall miste jobben sin. Dette bekreftes av E3 som mener mange ledere i helsevesenet er klemte mellom hva som er faglig riktig og til beste for pasienten både på kort og lang sikt, og de økonomiske rammer som gis. K1 argumenterer med: *"Jeg tror at man er risikoavers, man er redd for å gjøre feil, man kan bli .. det er det jeg mener med det om innovasjonskulturen .. man blir oftere straffet for å gjøre feil enn belønnet for å gjøre noe riktig. Det tror jeg er en grunn til at noen ikke tør å kjøpe ting som er nytt, selv om de ser at det er bra for pasientene"* [K1].

E4 forteller at får legen røde tall i budsjettet sitt må det gjøres kutt i staben, noe som gjør lederne mindre villige til å gjøre investeringer i innovasjoner hvor avkastningen ikke viser seg fra første stund: *"(...) budsjettsprekk er på kort sikt mye verre, for den som sitter ansvarlig på budsjettet"* [E4]. K1 nevner at bedrifter som for eksempel E3 hadde hatt godt av en kulturendring i det norske helsevesenet. Hun tror at E3 nok *"opplever en større vilje og mot til å ta risiko i USA, enn her"* [K1]. E3 bekrefter at det innenfor legemidler og ny teknolog i Norge er et snevert innkjøpspris- og kortsiktig kostnadsfokus mens man ikke ser muligheter og gevinster på lengre sikt ved å ta i bruk innovasjonen. Videre uttaler E1: *"I'm not saying that Europe is bad and the US is good, but I think that the political environment in America is driving healthcare innovation in a way that (...) we could look to in Europe"* [E1].

K1 gir et eksempel som hun ser at er en stor utfordring for innovasjon på Østlandet: *"Vi har en situasjon spesielt i Oslo der mange går på korte*

kontrakter. (...) Det er få faste ansatte, så man er hele tiden i en situasjon hvor man tenker på 'Hva skal jeg gjøre neste gang? Hvor er neste jobb for meg?' Det tror jeg også er en blokk for det å tørre og ta risiko. Man får ikke den delen av arbeidstakerne til å tenke like langsiktig" [K1]. K1 påpeker her at de ansatte i sykehussektoren som har korte kontrakter muligens hindres i å tenke innovasjon og tør å ta risiko. Samtidig vil E4 også skryte av innovasjonskulturen i helsesektoren, ettersom den har vært en viktig pådriver for ASAP. E4 trekker frem at S5 snakker om dem i alle fora han er i, og det er veldig viktig for dem, fordi hun mener at han er en av de som beslutter, og en mektig person innenfor innovasjon i helsesektoren.

5.2 Finansielle støtteordninger

Som en del av helsesektorens innovasjonsarbeid, finnes det ulike støtteordninger som tilrettelegger for utvikling og testing av innovasjoner. Disse støtteordningene er for entreprenører, helsearbeidere og helseforetak som ønsker å starte på et FoU-prosjekt og etablere en virksomhet. Støtteordningene er viktige virkemidler for å holde økonomisk liv i innovasjoner [S3]. Blant annet har hvert RHF tilgang på egne forskermidler som de administrere etter egne regler [Forskningsmidler]. Disse er tilgjengelige for forskningsrelaterte aktiviteter for ansatte på sykehus eller personer med tilknytning til RHFet gjennom for eksempel doktorgradavhandling. S3 mener at det viktigste når man har en god idé er å få hjelp av de som jobber med innovasjon, for eksempel InnoMed eller Innovasjon Norge. "Hvis du har en god idé så bør du ta kontakt med de miljøene som finnes og som jobber med innovasjon, og helst innovasjon og helse" [S3]. S5 trekker også frem Innovasjon Norge som en viktig aktør som støtter økonomisk når de kjører felles FoU-prosjekter. Støtteordningene som beskrives er InnoMed og Innovasjon Norge med *Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter* (OFU), ettersom disse støtteordningene er kommet frem under intervjuene med både entreprenørene og sykehusrepresentantene, i tillegg til å være presentert i Grønli et al. [2012].

InnoMed InnoMed er et kompetansenettverk for hele Norge [S3] for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren [Aarseth et al., 2011] og er lokalisert i Trondheim [S5]. Målet til InnoMed er å utvikle løsninger som øker kva-

litet og effektivitet i helsesektoren gjennom forankring i nasjonale behov, med internasjonale markedsmuligheter: *"Løsningene utvikles i tett samarbeid mellom brukerne i helsesektoren, norske bedrifter, anerkjente fagmiljø og virkemiddelapparatet"* [Aarseth et al. [2011], side 5].

S3 forteller at InnoMed støtter opp under gode ideer som kan både være i tidlig fase, og kommet litt på vei i utviklingen. S3 informerer om at InnoMed nå vektlegger tjenesteinnovasjon: *"Altså ting som gjør at de kan få helsetjenester til å flyte bedre med færre folk og bedre kvalitet (...) for man erkjenner at det er blitt for lite helsepersonell uansett. Så da må man finne gode løsninger som gjør at du til en viss grad kan erstatte 'varme hender'"* [S3]. S5 forteller at et FoU-prosjekt kan få midler fra ulike kilder til å gjennomføre et forprosjekt eller forstudie, som videre danner grunnlaget for et hovedprosjekt hos for eksempel Innovasjon Norge eller Forskningsrådet. *"Så det er flere veier å gå for både å finansiere og avklare grunnlaget for et slikt innovasjonssprosjekt"* [S5]. I Aarseth et al. [2011] argumenteres det for at InnoMed bistår FoU-prosjekter med *"en raskere og enklere overgang fra forprosjekt til hovedprosjekt. (...) Ofte er nettopp finansiering en av faktorene til at spennende prosjekter som er forankret i viktige behov i sektoren, ikke blir videreført til hovedprosjekter"* [Aarseth et al. [2011], side 56]. Hvis noen har en god idé til helsesektoren anbefaler S3 at InnoMed blir en av de første sparringspartnerne for å gjøre avsjekk på behov og veien videre.

Innovasjon Norge På nettsidene til Innovasjon Norge står det at de *"bidrar til nyskaping i næringslivet (...) og utvikling av konkurransedyktige norske bedrifter"* [IN, 2013]. Innovasjon Norge har en rekke tiltak for å hjelpe norske bedrifter med å lykkes, og har støttet både E3, E5 og E4 på ulike måter. En av disse støtteordningene er OFU-støtte, som er et virkemiddel for *"å teste ut innovative ideer før selve anskaffelsen, finansiert av et offentlig virkemiddel"* [Grønli et al. [2012], side 7].

I Aarseth et al. [2011] står det at et OFU-prosjekt *"innebærer et forpliktende og målrettet samarbeid mellom næringslivet og det offentlige. Ordningen skal stimulere til et nært utviklingssamarbeid mellom en krevende kundebedrift/offentlig etat og en eller flere leverandørbedrifter"* [Aarseth

et al. [2011], side 58]. E5 forklarer at Innovasjon Norge støtter med del-finansiering gjennom at alle partene finansierer en tredjedel av prosjektet hver. S3 mener at Innovasjon Norge støtter økonomisk hvis de ser at innovasjonen kan løse problemer for flere norske sykehus, og samtidig har internasjonalt potensiale. Ifølge E5 er en av utfordringene Posicom opplever med OFU-prosjektet, at denne økonomiske støtten kun kan bidra til å dekke produktutviklingskostnader.

Som nevnt tidligere, og ifølge S4, er FoU-prosjekter unntatt fra LOA/-FOA, mens når noe skal anskaffes kommersielt gjelder de vanlige anbudsreglene. Grønli et al. [2012] påpeker at ettersom OFU-ordningen inngår i unntaksregelen for FoU-prosjekter, trenger ikke et prosjekt å bli kunngjort på DOFFIN når et samarbeid skal inngås. I håndboken Aarseth et al. [2011] anbefales entreprenørene på det sterkeste å opparbeide seg god relasjon til sin rådgiver ved sitt Innovasjon Norge-kontor. E4 har god relasjon til Innovasjon Norge gjennom ordningen som *'key account'* fordi de får tilgang på 100 gratis konsulenttimer fra Innovasjon Norge. E4 nevner at de utfordringene de står overfor nå, er det vanskelig for Innovasjon Norge å bistå med hjelp til, fordi det omhandler helsesektoren, og dens forhold til innovasjon. E4 legger til at hun opplever at Innovasjon Norge har endret seg de siste årene ved å involvere seg mer personlig. Det mener hun er positivt.

Fra å ha sett på helsesektorens fokus på innovasjon, og hvilke støtteordninger som skal tilrettelegge for innovasjon, er det interessant å se på hvordan entreprenørene går frem for å gjennomføre salg av innovasjonene sine.

5.3 Initiering av salg av innovasjon til helsesektoren

For å selge innovasjon til helsesektoren starter delkapittelet med å se på hvordan relasjonen mellom entreprenør og helsesektoren initieres. Delkapittelet vil se på tre ulike scenarier for initiering av salg: Ansatt i helsesektoren har en idé [E4], helsesektoren søker etter en løsning [E1; E5], og entreprenøren oppsøker helsesektoren med en idé [E3].

Ansatt i helsesektoren har en idé Etter å ha jobbet flere år som nattevakt på fødeavdelingen, hvor en av oppgavene var å rydde opp etter

fødslene, utviklet E4 et laken som absorberer blodsøl. E4 startet opp i 2008, og var ferdig med utviklingsløpet i 2012. E4 forteller at i starten solgte hun lakene selv: *"(...) fordi jeg kjente systemet så bare ringte jeg rett inn på avdelingen (...) og snakket med avdelingsleder"* [E4]. På den måten hadde de fått til avtaler med en rekke sykehus som de kunne selge til da produktet var ferdig utviklet og klar for levering. Samtidig forteller hun om utfordringen å gå fra å være kollega til å bli leverandør blant de tidligere kollegene: *"Jeg har jo en indre drivkraft som en hjelpepleier som stod mitt oppi problematikken, ikke sant? Jeg synes jo ikke det er greit med det blodsølet. Men utfordringen min nå er at jeg er blitt leverandør plutselig. Jeg skal plutselig selge noe. Så ildsjelen i meg som ikke liker blod på gulvet, den må jeg styre litt"* [E4].

Helsesektoren søker etter en løsning To av entreprenørene [E1; E5] forfatteren har intervjuet forteller at de ble oppsøkt av helsesektoren for å løse et problem for dem. I begge tilfellene så helsesektoren at entreprenørenes eksisterende teknologi kunne tilpasses for å løse et problem helsesektoren opplever.

Verdande Technology hjelper ulike industrier å lære av sine feil, ved at teknologien foreslår aksjoner basert på erfaring fra tidligere hendelser i sanntid. Denne tenknologien har fått navnet case-based reasoning. Satsningen fra Verdande Technology på helsesektoren er relativt ny, og de håper å ha ferdigstilt en prototype i løpet av sommeren 2013. Satsningen oppsto gjennom et engasjement på tvers av helse- og oljesektoren i Houston, USA, kalt *Pumps & pipes*. Målet med Pumps & pipes er at de to industriene skal lære av hverandre og hjelpe hverandre til å løse problemer. I Pumps & Pipes ble Verdande koblet med en veldig innflytelsesrik lege som så at ved hjelp av *case-based reasoning* kan sykehuset ta smartere avgjørelser som kan redusere tiden pasienter er på sykehuset. E1 forteller at det viktigste for helsesektoren er å redusere tiden en pasient er innlagt på et sykehus. *"We've had a number of discussions around how our technology can enable them to do a better job and avoid the risks and many challenges that they have"* [E1]. Legen har vært en svært viktig døråpner for Verdande Technology og ordnet møter og testarena for teknologien. FoU-prosjektet har vart i snart ett år.

Posicom, som presentert i et eksempel av S5 tidligere i oppgaven, var i utgangspunktet ment til å lage løsninger for videoanalyse innen idrett. Noen leger tok kontakt etter å ha vært tilstede under en presentasjon Posicom holdt. Legene mente at teknologen også løste et problem i helsesektoren. Det ble starten på et OFU-prosjekt sammen med Vestre Viken HF med start i 2008. Prosjektet var vellykket og varte i 3 år. E5 forteller om hvordan de fikk på plass salget til Oslo Universitetssykehus HF. De hadde noen møter i 2008-2009. Det ble ikke noe samarbeid i første runde, men ifølge E5 førte det til at Oslo Universitetssykehus HF fikk god kjennskap til Posicoms potensial, og dermed fulgte opp kontakten igjen i 2010-2011 for å se hvor langt i utviklingen Posicom var kommet. De var interessert i et system som de kan anvende på Rikshospitalets Innovasjonssenter. Mellom kontaktperiodene hadde Oslo Universitetssykehus vært ute og sett i markedet etter alternative løsninger, men endte til slutt opp med å velge Posicom.

Ifølge E5 var nærhet til leverandøren en viktig faktor, i tillegg til å få på plass et system som er enklere å bruke, og kunne tilpasses deres spesielle behov. E5 argumenterer for at dette siste punktet er en stor fordel for dem, sammenlignet med sine store internasjonale konkurrenter, som for eksempel SONY og Olympus. Posicom har i løpet av det siste året ferdigstilt en løsning som de nå selger som ferdig kommersialisert. Posicom har også hentet inn mer kapital for å kunne intensivere primært på salg og markedsføring, i tillegg til å utbedre integrasjonen mot sykehuset systemer. E5 forteller at kostnadene ved anskaffelse av Posicoms teknologi ikke går ut over anbudsgrensen, men at flere og flere tilbud som legges ut på området nå også inkluderer videoanalyse, og at de derfor er med å svare på disse. I tillegg bruker de mye tid på å markedsføre, selge, og låne ut systemet for å teste det hos flere potensielle kunder.

Entreprenører oppsøker helsesektoren med en idé Da oppstartsbedriften til E3 startet opp gikk de frem ved først å finne ut hvem som var avdelingsledere og kliniksjefer på de urologiske avdelingene rundt om i landet. Vanligvis fant de denne informasjonen på internett. Hvis ikke ringte de inn og ba om å bli satt over til den som jobber som avdelingsleder eller

klinikksjef. *"Vi tok alltid telefonen først. Og så følger vi opp med mail"* [E3]. Etter at de har booket møtet med avdelingsleder eller klinikksjef, prøver de å arrangere en workshop for flere av de som vil være involvert i bruken av produktet.

5.4 Entreprenøren skaper interesse for innovasjonen

Etter å ha initiert kontakt med kunden bør entreprenøren prøve å forsere en rekke utfordringer som står mellom initiering av kontakt, og kjøp av innovasjonen. Delkapittelet er strukturert ved å se på hvilke utfordringer og erfaringer entreprenørene har fra fasen mellom initiering av kontakt med helsesektoren, og kjøp av innovasjonen: Innovasjonens nytteverdi, Identifisering av *rett* kunde, Kunderepresentanter og beslutningstakere, Motstand fra ansatte, Endring i arbeidsrutinene til ansatte, Tid og Anbud.

Innovasjonens nytteverdi E2 argumenterer for at entreprenøren må vise forståelse for kundens behov, og kommunisere innovasjonens nytteverdi. K1 mener at leverandørsiden må bli flinkere til å vise besparelser ved bruk av produktet eller tjenesten deres. Hun anbefaler entreprenører å lete etter poster i budsjettene, og argumenterer for at det er lettere å gå videre opp i systemet hvis det kan vises til en besparelse i konkrete tall. E3 vektlegger også viktigheten av å synliggjøre nytteverdien for kunden. K1 forteller at i England er det ikke lov til å bruke skattebetalernes penger uten å vise til reelle situasjoner som tydeliggjør besparelse. K1 legger til at det samtidig kan være en utfordring for entreprenøren å gjennomføre testen med få økonomiske midler. E5 bekrefter dette og forteller at de jobber med å synliggjøre besparelsen sammen med helsesektoren, og legger til at det ikke alltid er like lett: *"(...) det er en del utfordringer når man kommer med nye ting. For det første så tror jeg det er viktig å komme med nye type løsninger inn til sykehusene, for å få dem til å jobbe på (...) nye måter. Men samtidig så møter du spørsmålene om kost-nytte, standardisering, (...) som du må prøve å forsere"* [E5].

E4 forteller at de har gjort beregninger som synliggjør kost-nytteverdien til sykehuset: *"Og vi har eliminert blodsøl på gulv med mellom 80-90 %, og reduser avfallet med over 50 %, og vi har faktisk en ROI på over 50 % i hele verdikjeden!"* [E4]. E4 viser til at for dem så holder det ikke

å vise til besparelsene. Utfordringen til E4 er at kostnaden med blodsøl før ble fordelt mellom ulike avdelinger, med hovedvekt på renhold. Med E4 sitt nye laken reduseres kostnadene til renhold, mens fødeavdelingen som før har hatt en veldig liten kostnad for laken, nå plutselig sprenger budsjettet sitt ved å måtte ta hele regningen for å kjøpe inn lakenet. *"Så selv om det er så innlysende, så sliter vi faktisk for å få gjennomslag, på grunn av den faktoren at fødeavdelingen får en ekstra regning"* [E4]. Løsningen, slik som E4 ser det, er at helsesektoren øremerker penger i budsjettet som skal brukes til kjøp av innovasjon. Og da vektlegger hun kjøp, ettersom hun ikke opplever det som noe problem å få gjennomført tester og få betalt for det. E2 argumenterer for at innovasjonen må være nyttig og knyttet opp mot en basparelse og et behov som sykehuset virkelig trenger, hvis ikke kaster alle parter bort tiden sin.

Identifisering av rett kunde E2 mener at entreprenøren må finne ut hvem som faktisk er den rette kontaktpunktet i helsesektoren for innovasjonen på dette tidspunktet. Hvem er det som virkelig vil få mest nytte av løsningen? E2 mener at hvem den rette kunden er avhenger av sykehusets mål, hvordan sykehusene tjener penger, hva som er de største utgiftene, og hvilke fokus de har? K1 har observert at det er mange områder som kan forbedres med innovasjon i Helse-Norge, men at *"det er viktig at det tar utgangspunkt i sykehusene sine mål og ikke det at man må jobbe kun med å ha fått en idé"* [K1].

"Look at the marketing of a product first and say. (...) do we have right product, for the right segment of customers who really need it and hope we can justify having it" [E2]. E2 forteller at det ikke nødvendigvis er det største sykehuset som er det beste å prøve å selge til. E1 trekker også frem dette når han forteller at da de begynte å selge til oljebransjen opplevde de at alle konkurrentene jaget etter å selge til de store, f.eks. Statoil, mens det viste seg at Statoil helst ønsker å handle av noen få store leverandører heller enn mange små. E4 forteller at de har opplevd bedre suksess med salg mot mindre enn store HF og RHF, og oppfatter dem som mer risikovillige. Entreprenøren anbefales å tenkte godt gjennom hvem som er den best egnede kunden for innovasjonen basert på blant annet kundens mål.

Kunderepresentanter og beslutningstakere K1 mener det er viktig for leverandøren å finne ut hvem som har myndighet til å ta beslutninger på ulike nivå og på hvilke budsjett. E5 peker på at store omlegginger i helsesektoren fører til usikkerhet om hvem det faktisk er som kan ta beslutninger. *"Jeg tror den største utfordringen er å forstå prosessene, beslutningstakerne og beslutningskriteriene samt å få tilgang til de egentlige beslutningstakerne"* [E3]. For at entreprenøren uten erfaring skal klare å identifisere kundens beslutningstaker og hvem som påvirker i organisasjonen, argumenterer E2 for å ansette salgssressurser som faktisk vet hvordan den norske helsesektoren fungerer. Om entreprenøren ikke har økonomiske midler til å ansette noen, anbefaler E2 entreprenører å intervjuere salgspersoner med sykehuserfaring, og ifølge E4 bør salgssressursene aller helst ha erfaring med salg av noe innovativt, og personer på sykehuset som vet hvem som påvirker hvem [E2]. I tillegg mener E2 at entreprenøren bør observere hvilke prosesser som foregår på et sykehus og på de ulike avdelingene for å tilegne seg den tause kunnskapen. *"It's not easy. That's why people need experience to do it"* [E2].

E4 forteller at de jobber mye med å kartlegge beslutningskriteriene, og har funnet ut at de er veldig avhengige av at avdelingsledere sier at dette skal de ha. E3 mener at det er store forskjeller fra sykehus til sykehus både med henhold til kjøpsprosess og gjennomføringsevne. Produkter og metoder som involverer et samspill mellom flere avdelinger krever at pasientflyten må forstås, nye rutiner etableres, kommuniseres og gjennomføres. E3 benyttet i enkelte tilfeller en tredjepart med spesialkompetanse innenfor *lean* til å støtte dem i kartlegging av pasientflyt og utarbeide best practisesammen med involverte leger og sykepleiere. Dette viste seg å være en lærerik prosess både for E3 og de ansatte på sykehuset. De ansatte på sykehuset tilegnet seg i tillegg kunnskap om pasientflyten og rutiner i andre avdelinger som de ikke visste om på forhånd. [E3].

E4 forteller at de jobber vanligvis med avdelingsleder og innkjøp i starten av testperioden. Nå som de jobber mot en beslutning på Ahus, blir flere og flere parter involvert i prosessen, ettersom de har utfordringen med hvem som skal betale regningen: *"Du merker mer og mer at de ikke vet hvordan de skal gjøre det, så da er det to avdelingsledere, seksjonslede-*

re, innkjøpssjef, innkjøpsassistent, og en hel haug, med i den prosessen, i de formøtene vi nå har hatt” [E4]. E5 forteller at de forholder seg til mange ulike personer på sykehuset. For E3 forholder de seg til av urologisk avdeling, hvor det formelt sett er klinikk sjefen som tar kjøpsbeslutningen. Samtidig legger hun til at hun har inntrykk av at det er lite struktur fra sykehusets side om hvem de jobber mot på sykehuset.

Tips fra Aarseth et al. [2011] til entreprenøren er å opprette en referansegruppe med de aktuelle medlemmene fra kjøpsprosessen og andre interessenter: *”Eks representant fra primærhelse, representant fra sekundærhelse, pasientorganisasjoner, kompetansesenter, sluttbrukere osv”* [Aarseth et al. [2011], side 21]. Ressurspersoner fra andre RHF kan også involveres i referansegruppen for å tydeliggjøre regionale forskjeller og likheter, og dermed øke sannsynligheten for forankring på tvers av RHF for senere prosesser. En utfordring for entreprenøren, som Grønli et al. [2012] omtaler som *markedsrisiko*, er om innovasjonens markedspotensialet ikke er stort nok til å gi nok avkastning på investeringene til å fortsette utvikling og bedriftsetablering. Aarseth et al. [2011] anbefaler en måte å unngå dette på hvor entreprenøren gjennom referansegruppen inkluderer og skaper forankring på tvers av RHFene slik at det ene HFet eller RHFet ikke blir den eneste kunden. En annen utfordring for entreprenøren som Grønli et al. [2012] påpeker er risikoen for ikke å utvikle en innovasjon som tilfredsstiller de behovene som er skissert. Aarseth et al. [2011] ber entreprenøren sikre seg at prosjektet er forankret på et høyt nivå, for eksempel i ledelsen: *”Vær sikker på at prosjektet er forankret i sektorens ledelse, slik at aktiviteten er en del av et faktisk satsningsområde”* [Aarseth et al. [2011], side 21]. E3 argumenterer for viktigheten av samme strategi og forteller at de går så høyt opp i hierakiet som mulig for å skape forankring. Samtidig forteller E4 at de opplever at forankringen må skje lavere i organisasjonen: *”Jeg synes man må involvere avdelingsledere i en større grad i innovasjonsarbeidet. Jeg opplever ikke at de er godt nok involvert i innovasjonstankegang. (...) Jo lavere man kommer i organisasjonen, jo mer fagorientert er man - selvfølgelig!”* [E4].

Omorganisering, sammenslåing av avdelinger, personale som flytter fra et sykehus til et annet er endringer som kan krever at salgsprosessen næ-

mest starter på ny [E3]. Grønli et al. [2012] omtaler det som turbulens- og omdømmerisiko, hvor *"større innovative prosjekt mislykkes som følge av en rekke uforutsette hendelser som får en eller flere av aktørene i prosessen til å revurdere sine prioriteringer, endre sine forventninger, som i sin tur leder til uhensiktsmessige reaksjoner fra andre aktører i prosessen"* [Grønli et al. [2012], side 19].

Motstand fra ansatte E2 trekker frem at enkeltmedlemmer i kjøps-senteret kan ha utslagsgivende roller for om produktet kjøpes eller ikke. *"When you have a lot of people that you need to influence, first you need to understand what their currencies are. You know, what's important for them. And peoples currancies are't always something that they understand themselves. They don't often say it. You have to observe it"* [E2], og kommer med et eksempel hvor en bruker sier: *"Nei, dette vil jeg ikke ha. Dette virker ikke for meg"* og så avsluttes hele prosessen, og det til tross for at brukeren ikke sitter på pengene, men meningen teller. E3 forteller at: *"ndre utfordringer vi møter i de norske sykehus er at selv om rutiner og skrevne instruksjer er etablert, så tas de ikke nødvendigvis i bruk av alle. Vi opplever også at prosesser kan forsinkes ved at kun en ansatt sier at dette står ikke i min stillingsbeskrivelse, så dette er ikke min jobb"* [E3].

E4 opplevde at de fikk motstand fra ansatte ved et sykehus hvor de ikke orket mer innovasjon. *"Det er ikke på grunn av ledelsen, for de vil gjerne. Så da er det om de er tøffe nok til å bestemme seg for at 'Vi skal ikke ha søl på gulv'"* [E4]. Hun forteller at det til og med er betalingsvilje på det sykehuset, men de ansatte orker ikke å jobbe med innovasjoner hele tiden. E4 legger vekt på at skal de få gjennomført noe på det sykehuset er de avhengig av å komme inn på et annet nivå. E5 har ikke opplevd noe motstand fra de ansatte og har jobbet tett på sluttbrukerne gjennom hele OFU-prosjektet deres: *"Ja, altså det viktige med den måten å kjøre prosjekter på er jo at de som skal bruke systemene deltar i gjennomføringen av prosjektet. (...) klinikerne var i denne sammenhengen her og bidro med sin erfaring og kunnskaper om arbeidsflyt. Ja, i hele tatt, det som skal til for å få et system som kan benyttes i sykehus"* [E5].

Endring i arbeidsrutinene til ansatte En utfordring som belyses av intervjuobjektene er: Må ansatte endre arbeidsrutinene for å ta i bruk innovasjonen? [E3; K1; E5; E4; E2]. *"Because knowledge workers, especially doctors, you know .. are used to work in the same certain way. They believe that they know everything (...) and therefore they have gotten used to working in a particularly way! And .. if you ask people to change how they work, typically because people work in a team, they also have to change how the other people work. (...) It's one of the key success factors"* [E2]. *Salg av produkter som krever omlegging av dagens rutine i komplekse organisasjoner, oppleves som krevende"* [E3]. Ifølge E4 opplever de kun utfordring med endring i arbeidsrutinene i starten. De har jobbet godt med opplæringsmateriale og kursing for å senke dette hinderet. Samtidig sier hun: *"Det blir en veldig stor endring i arbeidshverdagen for alle de damene rundt om på sykehusene, ved å slippe å stå og vasse i blod på fødestuen"* [E4]. Ifølge E5 endrer ikke Posicoms teknologi arbeidsrutinene til de ansatte pr. i dag, men han tror at om de utnytter potensialet i teknologien fullt ut så vil det medfører endringer i arbeidsrutinene i fremtiden. En måte å imøtekomme utfordringen på er å identifiserte en innflytelsesrik person som kan påvirke de andre i organisasjonen til å endre seg [E3; E1; E2]. *"Hospitals are not fast moving organisations. Once they get going, once you have the right people, you can get there. Its the timing; how long it takes to develop and penetrate and win the hearts and minds of the hospital"* [E1].

Tid Utfordringen med hvem som skal ta regningen til E4 og ASAP, har vist seg å dra ut i tid. E4 forteller om St. Olav Universitetssykehus HF hvor ASAP er ferdig testet og de venter på en beslutning: *"(...) jeg snakket med en barnepleier fra St. Olav, og hun er bare helt fortvilet. Hun har sagt at: 'Vi skal ikke ha noe annet produkt. Vi skal ha dette og vi vil ha det før sommerferien'"* [E4]. Prosessen dras ut spesielt fordi rollen som skal ta prosessen videre er en nyansettelse. *"Og så kan man si: 'Hvor lenge klarer da et innovasjonsselskap som oss å overleve?' For det er til syvende og sist det det handler om. Hvis vi går konkurs, mens helsesektoren blir enig om hvordan de skal gjøre innkjøpet av produkt som de vil ha .."* [E4].

En finansiell risiko for entreprenøren som S1 påpeker er mangel på

kapital til å drive et firma og utvikling videre. E5 mener også at ting tar veldig lang tid i helsesektoren, spesielt påpeker han at: *"Aksjoner og beslutninger blir stadig utsatt"* [E5]. E5 har jobbet i det offentlige hos Forsvaret og mener at de var raskere til å ta beslutninger der enn i helsesektoren. S3 er enig i at ting tar tid, og at de vet at det er en utfordring for mindre aktører: *"Det tar så lange tid for en god idé å bli tatt ordentlig i bruk. (...) For mange år siden så sa jeg til sånne som vil etablere seg med løsninger i Norge at man må regne med å lese Bibelen med syv uår før man får syv gode år. Men så viser det seg av all statistikk at det tar 12 år (...) Men det er jo i verste fall. Du må jo ha en god idé og da og være trygg på det. Og du må ha ryggrad til å stå løpet ut"* [S3]. E1 påpeker også at ting kan gå tregt i helsesektoren, men mener at hvis timingen er bra, og behovet har meldt seg hos sykehuset og er forankret, så kan prosessene gå raskere.

E5 foreslår at helsesektoren kan innføre *fast track* for å teste ut innovasjoner og mulighet for å frikjøpe tid hos ansatte: *"Vi har måtte vente på tid og ressurser fordi de menneskene vi vil bruke i vårt prosjekt, har i utgangspunktet en full arbeidsdag. Slik at det å kunne frikjøpe personer som skal delta i innovasjonsprosjekter, slik at vi kan få en ordentlig og hurtig fremdrift på det, tror jeg vil være veldig viktig for å ikke ta knekken på små bedrifter som driver med innovasjon"* [E5]. Som tidligere nevnt mener E4 på sin side at utfordringen ikke ligger i å få testet ut innovasjonen, men i fasen mellom test og full implementasjon av innovasjonen: *"Og det jo først da du løfter innovasjonen ordentlig inn: Når du tar den i bruk"* [E4].

Det finnes ulike grunner til at innovasjoner ikke kommer seg videre fra vurdering til kjøp. E4 gir et eksempel på hvordan dårlig timing hindrer dem i å gjennomføre salg til Vestre Viken HF: *"Og det som er veldig interessant i Vestre Viken, det er jo at Bærum har gjort en fabelaktig test hvor de viser besparelser på alle felt. Hele ledelsen vil ha produktet. Alle ansatte. Men de har fått så mye pepper i media i forbindelse med noe andre greier at de tør ikke be om tilgivelse. De vil ha tillatelse"* [E4]. E3 opplever også utfordringer ved å komme seg fra vurdering til salg til tross for at alle i kjøpscenteret vil ha produktet, men ingen tør å stå for budsjettsmellet eller mobilisere de ansatte.

Anbud E4 opplever at regelverket for anbud ikke er lett å forholde seg til. Blant annet heter det, som nevnt tidligere i oppgaven, at en anskaffelse på ut må anbud om et enkeltinnkjøp er på over 500 000 kr [E4]. E4 stiller da spørsmålet: *"Men hva er et enkeltkjøp og innenfor hvilken periode?"* [E4]. Hun nevner for eksempel at Bodø har 300 fødsler i året mens Ahus har 15 000, og derfor helt ulike behov for mengden ASAP-lakner, og dermed også ulik forutsetning for å komme over anbudsgrensen. E4 forteller at de i utgangspunktet solgte til enkeltsykehus i Helse Vest RHF, men så bestemte Helse Vest RHF å gjøre en felles anskaffelse av produktet før alle avdelingene i RHFet hadde prøvd ASAP. Etter en stund trakk Helse Vest RHF anbudet og E4 forteller at momentet de hadde mot regionen har sluppet opp, og må nå gjenoppbygges for ikke å bli en glemmesak.

5.5 Salg

K1 hevder at entreprenører har en kommunikasjonsutfordring når de skal selge innovasjonen sin: *"(...) de IT-selskapene som er fokusert på helse som gjør det best, de bruker sykepleiere som kan prate kunden sitt språk. Mange ansetter for eksempel sykepleiere som selgere. Man etterspør den kompetansen slik at den personen man møter føler at: 'Her er det noen som er som meg og forstår hva jeg mener'"* [K1]. K1 forteller at konsulentfirmaet hun jobber for operer etter samme prinsipp ved å ha mange leger ansatt hos seg. *"Ikke send IT-folk til å selge produktene dine. Se til å ha noen som har medisinsk faglig kredibilitet"* [K1]. E1 påpeker at: *"It's extremely important that you understand the selling and buying techniques, and the cultural dimensions"* [E1]. E3 forteller at de har ansatt selgere som har bransjeerfaring fra før, og legger vekt på at det er viktig å kunne legemidler, terminologi og regelverk. Samtidig krever det både erfaring, pondus og helhetsforståelse for: *"å navigere i et komplekst system. Det er ikke noen vanlig selgerjobb, og det krever mye mer enn å ha lært seg en salgspitch og legge igjen en flott brosjyre. Vi har lagt stor vekt på trening og støtte til selgerne, spesielt i møter med klinikkjefer og sykehusledere som har et bredere fokus enn produktet selv"* [E3].

E4 forteller at sykehusene først og fremst ønsker å handle fra få leverandører. *"Så vi skjønnte ganske tidlig at vi måtte få til et samarbeid med en*

leverandør som var kjent i sykehusmiljøet. Og da gjorde jeg det så enkelt at jeg tok kontakt med innkjøp på mitt sykehus i Skien og spurte: 'Hvem liker dere å handle av?'" [E4]. E4 fikk dermed vite hvem sykehuset hadde gode anskaffelsesrelasjoner til, og inngikk et partnerskap med dem. Utfordringen slik som E4 ser det, er at partneren er mer en distributør enn en innovasjonsaktør, og selgerne deres er ikke vant til å selge innovasjon fra før av. E2 stiller spørsmålet: "Does your partner sales force even understand that your product has to be used differently?" [E2]. E2 argumenterer for at det er viktig for små bedrifter å etablere partnerrelasjoner for salg til etablerte aktører: "(...) if you are a small company, and you have to work with partners. (...) Use their sales force to sell. Because you're too tiny you know, to do that" [E2]. Det poengteres at partnerfirmaet må ha gode nok incentiver til å selge entreprenørens innovasjon, og at det ikke kan kreve at selgeren må endre salgsrutinene sine betydelig for å gjennomføre salget.

5.6 Oppsummering

Kapittelet tar for seg entreprenørens salgsprosess av innovasjoner til helsesektoren som bidrag til å besvare forskningsspørsmål 2: *Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?* Kapittelet starter med en beskrivelse av entreprenørens syn på helsesektorens innovasjonsfokus. Flere av entreprenørene opplever helsevesenet som kontrollerende og byråkratisk slik det er i dag [E3; E1; E2; K1]. E4 opplever at helseregionene har ulik tilnærming til innovasjon, noe som får store konsekvenser for henne, og som hun mener er en trussel mot innovasjon. E3 hevder at innkjøperne ikke sitter like tett på problemene som de som skal bruke innovasjonen, og at de derfor har feil fokus når alle prosesser skal være gjennomsiktede og rettfærdige. For å ta i bruk innovasjon i offentlig sektor må innovasjon få en annen prioritet og nytt fokus [E4]. E3, E4 og K1 forteller om personer i helsesektoren som er redde for å gjøre feil og miste jobben sin som konsekvens, og at sektoren må endre seg til å belønne ting som går bra heller enn å straffe de som gjør feil. K1 påpeker her at de av de ansatte som er på korte kontrakter muligens hindres i å tenke innovasjon og tør å ta risiko i frykt for å ikke beholde jobben. Helsesektoren må tørre å be om tilgivelse heller enn tillatelse [E4].

Som en del av helsesektorens innovasjonsarbeid, finnes det ulike støtte-

ordninger som tilrettelegger for utvikling og testing av innovasjoner. Disse støtteordningene er for entreprenører, helsearbeidere og helseforetak som ønsker å starte på et FoU-prosjekt og etablere en virksomhet. Støtteordningene er viktige virkemidler for å holde økonomisk liv i innovasjoner [S3]. Støtteordningene som er beskrevet er InnoMed og Innovasjon Norge. InnoMed er et kompetansenettverk for hele Norge [S3] for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren [Aarseth et al., 2011]. Målet til InnoMed er å utvikle løsninger som øker kvalitet og effektivitet i helsesektoren gjennom forankring i nasjonale behov, med internasjonale markedsmuligheter. Innovasjon Norge har en rekke tiltak for å hjelpe norske bedrifter med å lykkes, og har støttet både E3, E5 og E4 på ulike måter. Et OFU-prosjekt fra Innovasjon Norge gir entreprenøren delfinansiering til utvikling av innovasjonen ved at hver part finansierer en tredjedel av prosjektet hver [E5]. FoU-prosjekter er unntatt fra LOA/FOA, men når innovasjonen skal anskaffes kommersielt gjelder LOA/FOA [S4]. Entreprenøren anbefales å etterstrebe god relasjon til Innovasjon Norge [Aarseth et al., 2011].

Det finnes ulike måter å starte en salgsrelasjon mellom entreprenør og helsesektoren på. Kapittelet ser på tre ulike scenarier for hvordan relasjonen mellom entreprenør og helsesektoren initieres: Ansatt i helsesektoren har en idé, helsesektoren søker etter en løsning, og entreprenører oppsøker helsesektoren med en idé. E4 som tidligere hjelpepleier visste hvem hun skulle kontakte ettersom hun kjente systemet. Som entreprenør identifiserer E3 aktuell klinikkjef og avdelingsledere via internett, ringer vedkommende, følger opp med mail, booker møte og arrangerer workshops. I enkelte tilfeller bruker de konsulenter som tredjepart for å skape forankring på sykehuset. Både E1 og E5 ble kontaktet av leger som så at innovasjonen deres kan løse behov som helsesektoren har ved litt tilpasning av teknologien.

Videre presenteres entreprenørenes utfordringer og erfaringer fra fasen mellom initiering av kontakt med helsesektoren, og kjøp av innovasjonen: Innovasjonens nytteverdi, Identifisering av *rett* kunde, Kunderepresentanter og beslutningstakere, Motstand fra ansatte, Endring i arbeidsrutinene til ansatte, Tid og Anbud. Under innovasjonens nytteverdi forteller entreprenørene om viktigheten av å kommunisere nytteverdien til innovasjonen,

og vise forståelse for helsesektorens behov. Ved å identifisere *rett* kunde mener E2 at det ikke nødvendigvis er det største sykehuset som er det beste å prøve å selge til. Entreprenøren anbefales å tenkte godt gjennom hvem som er den best egnede kunden for innovasjonen basert på blant annet kundens egne mål [E2; K1].

Flere av entreprenørene peker på utfordringen med å finne ut hvem som har myndighet til å ta beslutninger på ulike nivå og på hvilke budsjett [E3; E5; E2; K1]. Produkter og metoder som involverer et samspill mellom flere avdelinger krever at pasientflyten forstås, nye rutiner etableres, kommuniseres og gjennomføres [E3; E4]. Tips fra Aarseth et al. [2011] til entreprenøren er å opprette en referansegruppe med de aktuelle medlemmene fra kjøpsprosessen og andre interessenter. Innovasjonsprosjekter bør også forankres i ledelsen, slik at de ikke dør ut på grunn av mangel på støtte i ledelsen på et senere tidspunkt i prosessen [Aarseth et al. [2011]; E3].

Flere av entreprenørene trekker frem utfordringen ved at de kan oppleve motstand fra ansatte i helsesektoren, ved at de ikke vil ta i bruk innovasjonen [E3; E4; E2]. Det er også en utfordring hvis innovasjonen fører til at ansatte må endre arbeidsrutinene sine [E3; K1; E5; E4; E2]. Både E1, E5 og E4 anerkjenner at det er en stor utfordring for dem at prosessene i Helse-Norge tar lang tid. E4 trekker frem at helsesektoren ikke helt vet hvordan de skal gå frem ved anskaffelse av innovasjon, noe som resulterer i at prosessene trekkes ut i tid. Det er også et problem at *timing* er uheldig, hvor kunden ikke på det tidspunktet er klar for å anskaffe innovasjonen på grunn av faktorer som entreprenøren ikke kan påvirke [E4]. E4 nevner også at regelverket for anbud ikke er lett å forholde seg til, blant annet fordi det er uklarthet rundt hva et enkeltkjøp er og innenfor hvor lang periode.

Flere av intervjuobjektene påpeker at entreprenøren bør ansette personer med erfaring fra helsesektoren, for å øke sannsynligheten for salg gjennom at salgsrepresentantene har kredibilitet [E3; E1; K1]. E4 og E2 argumenterer for at entreprenøren må finne ut hvem helsesektoren ønsker å handle med, og etablere partnerrelasjoner til disse. Samtidig må partnerfirmaet ha gode nok incentiver til å selge entreprenørens innovasjon, og at

det ikke kan kreve at selgeren må endre salgsrutinene sine betydelig for å gjennomføre salget [E2].

6 Analyse

Dette kapittelet presenterer en analyse av case-presentasjonen fra kapittel 4: *Helsesektorens anskaffelsesprosess av innovasjoner*, og kapittel 5: *Entreprenørens salgsprosess av innovasjoner til helsesektoren*. Analysen ser på case-presentasjonen gjennom salgsteorien for å komme frem til ulike funn. Disse funnene vil bidra til å besvare forskningsspørsmål 1: *Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?* og forskningsspørsmål 2: *Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?*

I teorikapittelet blir fremgangsmåten for salg av innovasjon beskrevet med utgangspunkt i salgsrammeverket til Blank and Dorf [2012]. Som vist i teorikapittelet er Blank and Dorf [2012] det eneste litterære verket presentert i oppgaven som beskriver entreprenørens salgsprosess. Denne prosessen består av stegene: *bevisstgjøring, interesse, vurdering og kjøp*. Ettersom analysen gjennomføres ved å se på hva som kom frem i case-presentasjonen ved bruk av salgsteorien, er kapittelet strukturert med utgangspunkt i salgsprosessen til Blank and Dorf [2012].

6.1 Bevisstgjøring

Teorikapittelet starter med å presentere ulike salgssykluser sett fra kunden og selgerens perspektiver, og viser til at det finnes lite litteratur som beskriver entreprenøren i salgsrollen [Berg et al., 2013]. Dette kan sees i sammenheng med at det ikke finnes noen god og strukturert fremgangsmåte for introduksjon, gjennomføring og oppfølging for salg av innovasjon til helsesektoren [Grønli et al. [2012]; S1; S5]. I case-presentasjonen ble det derfor presentert forskjellige måter introduksjon av innovasjoner til helsesektoren gjennomføres på: Helsesektoren tar kontakt med leverandører etter å ha opplevd et problem eller identifisert et behov [E1; E5]; Grønli et al. [2012]; S1; S3; S5, når ansatte i helsesektoren selv har en idé [E4; S3], og når entreprenører oppsøker helsesektoren med en idé [E3; S5].

I salgsteorien kommer det også frem at entreprenøren vanligvis har for få ressurser til å jobbe mot et stort marked [Bhatt [2000]; Blank and Dorf

[2012]], og anbefalingen er derfor å gå ut i eget nettverk og oppsøke kunder eller gå via referanser [Blank and Dorf, 2012]. På den andre siden vil etablerte bedrifter bevisstgjøre kunden om bedriften gjennom annonsering, nyhetsartikler, brosjyrer, telefon, konferanse, og messevirksomhet [Hedaa, 1996], samt epost [Rosell, 2006]. S1 og S5 ser ofte at entreprenører tar kontakt med relevante fagfolk på sykehuset for å få dem engasjert i innovasjonen. Videre tar fagpersonene med kunnskap om innovasjonen til sine ledere, eller ledelsen generelt, hvor de finner ut om dette er en god idé og som de kan teste ut. Som tidligere hjelpepleier visste E4 hvem hun skulle kontakte ettersom hun kjente systemet. Akuttmottak for eldre er også et eksempel på at ansatte i helsesektoren har en idé [S3]. E3 gikk frem ved å identifisere aktuelle klinikkjef og avdelingsledere via internett, ringte vedkommende, fulgte opp med mail, booket møte og arrangerte workshops. I enkelte tilfeller brukes konsulenter som tredjepart for å skape forankring på sykehuset. Dette viser at entreprenøren i varierende grad både bruker nettverk, internett og telefon for å komme i kontakt med kunden.

Både E1 og E5 ble kontaktet av leger som så at innovasjonen deres med litt tilpasning av teknologien kan løse behov som helsesektoren har. E1 forteller at legen de har jobbet mot har vært en svært viktig døråpner og ordnet møter og testarena for teknologien. S3 forteller på sin side om Digital Penn hvor helsesektoren hadde et behov og gikk ut i markedet for å finne en løsning. Forfatteren trekker derfor slutningen om at: *Entreprenøren må jobbe for å initiere kontakt med helsesektoren gjennom nettverket sitt, internett og telefon.*

Blank and Dorf [2012] påstår at det er for tidlig for entreprenøren å bry seg om kunderepresentantens posisjon eller tittel i bevisstgjøringssteget, men heller satse på at kontaktpunktet inn mot en kunde vil føres videre til rett representant hos kunden. Det kommer frem i case-presentasjonen at hvis entreprenøren ikke vet hvem de skal kontakte på sykehuset, tar de ofte kontakt med personer med innkjøpsrolle [S1; S4; S5] for å bli veiledet til rett sted. Dette viser at: *Entreprenøren trenger i mindre grad å fokusere på hvem som er kontaktpunkt inn mot helsesektoren, siden entreprenøren kan bli satt i kontakt med relevant personell.*

I case-presentasjonen presenteres det ulike holdninger til om entreprenøren får slippe til med presentasjon for helsesektoren. Dette kan sees i sammenheng med at Blank and Dorf [2012] mener at entreprenørens vanskeligste oppgave er å komme i kontakt med kunden. På den andre siden beskriver Edvardsson et al. [2008] den etablerte selgeren, og mener at det ikke er vanskelig for entreprenøren å initiere kontakt, men at kunden deler selgerne inn i kategorier etter hvor sannsynlig det er for å gå videre i en salgsprosess med dem. Dette kan sees i sammenheng med at førsteinntrykket til kunden er viktig for å havne i *rett* kategori.

S4 forteller at når henvendelser om gode ideer kommer er det innkjøp som koordinerer og bestemmer om entreprenøren får lov til å presentere løsningen eller ikke. Ved en presentasjon inviteres fagfolk for å se om det er en løsning som er interessant å jobbe videre med [S4]. På den andre siden jobber Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF for at entreprenørene skal få holde en presentasjon før en avgjørelse for videre fremdrift blir tatt [S2; S1]. Samtidig forteller E4 at det har vært lett å få organisert møter med ledelsen hos Helse Sør-Øst RHF, mens i Helse Vest RHF fikk hun bare snakke ett kvarter på grunn av prinsippet om likebehandling. Hun opplever dette som en stor utfordring for innovasjonen, da en inkrementell innovasjon kan trenge mer forklaringstid enn ett kjent produkt. Dette tyder på at oppfatningen om at: *Det ikke eksisterer noen standardisert vei for entreprenøren å initiere kontakt med helsesektoren er korrekt.*

6.2 Interesse

Under *interesse*-stadiet er det opprettet en dialog mellom entreprenør og kunde. Entreprenøren må på dette stadiet skape interesse for innovasjonen sin gjennom å skape tillit hos kunden [Edvardsson et al. [2008]; Rosell [2006]].

Kommunisere behov og nytteverdi Gjennom god kunnskap om kunden vil entreprenøren redusere usikkerheten kunden har, skape trygghet i salgsprosessen, og øke sannsynligheten for salg [Burt [1993]; Webster and Wind [1996]; Shane and Cable [2002]; Rosell [2006]; Doh and Zolnik [2011];

Dixon and Adamson [2011]]. Fra salgsteorien blir det vektlagt at entreprenøren må tilegne seg kunnskap om kundens sekundærbehov for å effektivisere salget [Webster and Wind [1996]; Davenport [2005]; Graham [2003]; Edvardsson et al. [2008]; Agarwal et al. [2009]; Blank and Dorf [2012]]. Fra case-presentasjonen argumenterer E2 for at entreprenøren må identifisere *rett* kunde, ut fra hvilke mål og behov kunden har [E2; K1]. Samtidig kan det sees i sammenheng med sykehusrepresentantenes behov for ikke å bli hengt ut etter å gjort feil [[E3]; [E4]; [K1]], og at de derfor har sekundærbehov som for eksempel "Ikke få kjøft", som dermed reduserer ønske om å satse på en innovativ løsning som kan medføre høy risiko om den ikke holder mål, eller budsjettet sprekker.

Entreprenøren må gjennom prøving og feiling finne ut om han har forstått kundens problem [Blank [2006]; Rise [2011]; Blank and Dorf [2012]]. Entreprenøren må tydelig kommunisere verdien i løsningen sin, og samtidig lytte til kunden for å forstå kundens behov [Rosell [2006]; Edvardsson et al. [2008]; Blank and Dorf [2012]]. Edvardsson et al. [2008] sin studie tydelig på at entreprenøren raskt kan miste sin kredibilitet om han ikke kommuniserer forståelse for kundens problem. S2 vektlegger at selgeren må vise nøkternhet og ikke overselge budskapet sitt. Det blir ikke nevnt eksplisitt i case-presentasjonen at entreprenøren har behov for kunnskap, men S1 oppfatter at når ideer er på et veldig tidlig stadium, er det vanskelig å få god forståelse for hva innovasjonen kan gjøre og hvilke fordeler den vil gi. Derfor er det viktig at entreprenøren legger vekt på å formidle innovasjonens nytteverdi [Grønli et al. [2012]; S2].

Entreprenøren anbefales også å ha noe å vise til, for eksempel en prototype. På den måten oppfatter sykehusrepresentantene at dette er en seriøs aktør og at dette er et kompetent prosjekt [S5]. Blant entreprenørene påpeker E3 at de må bli flinkere til å vise forståelse for kundens behov, og kommunisere innovasjonens nytteverdi til beslutningstakerne, i tillegg til den økonomiske besparelsen [E2; K1]. E2 argumenterer for at innovasjonen må være nyttig og knyttet opp mot en besparelse og et behov som sykehuset virkelig trenger, hvis ikke kaster alle parter bort tiden sin. Både teori og case-presentasjonen vektlegger derfor at kommunikasjon av behov og nytteverdi er viktig for entreprenøren. Forfatteren trekker derfor slut-

ningen om at: *Entreprenøren må vise god forståelse for kundens behov og finne nytteverdi for helsesektoren.*

Forstå kjøpsenteret Alle kundens representanter som er involvert i kjøpsprosessen betegnes som et kjøpsenter [Webster and Wind, 1996]. Kunnskapen om hvem kunden er og hvilken rolle vedkommende har i kjøpsenteret vil øke sannsynligheten for å selge innovasjonen [Hedaa [1996]; Webster and Wind [1996]; Rosell [2006]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]]. De mest sentrale kunderollene i kjøpsenteret er: *Sluttbruker, påvirker og beslutningstaker* [Webster and Wind [1996]; Dixon and Adamson [2011]; Blank and Dorf [2012]]. Entreprenøren må passe på at beslutningstaker er med under salgsmøter for å unngå å kaste bort tid [Rosell [2006]; Wybo [2007]]. Ut fra salgsteoriens beskrivelse av kjøpsenteret er det mulig å anta at E4 sitt kjøpsenter består av fødeavdelingen, hvor helsepersonell utgjør sluttbrukerne, avdelingsleder har påvirkelsesrolle og innkjøp er beslutningstaker. Samtidig forteller hun om hvordan utfordringen med *'Hvem skal ta regningen?'* fører til involvering av flere parter, og nevner blant annet: Avdelingsledere, seksjonsledere, innkjøps sjef og innkjøpsassistent. E5 forteller ikke eksplisitt hvem deres kjøpsenter består av, men vektlegger at de jobber tett mot sluttbrukerne. Kjøpsenteret til E3 består av urologisk avdeling, hvor det formelt sett er klinikk sjefen som tar kjøpsbeslutningen. E4 forteller at de jobber mye med å kartlegge beslutningskriteriene, og har funnet ut at de er veldig avhengige av at avdelingsledere sier at dette skal de ha.

Når noe skal anskaffes danner helsesektoren en tverrfaglig gruppe [S1; S2; S4; S5] som er sammensatt av fagpersonell, for eksempel klinikere, kirurger og sykepleiere [S1], i tillegg til innkjøps- og juridisk personell [S1; S4; S5]. Det vektlegges faglig relevant kompetanse [S1; S5]. Denne tverrfaglige gruppen består både av påvirkere og sluttbrukere, der enten innkjøpspersonell eller styringsgruppen har beslutningsmyndighet. Til sammen utgjør de kjøpsenteret. Helsesektoren anbefaler også å involvere *behovseier* [Aarseth et al., 2011]. Ved å sammenligne beskrivelsen av behovseier og sluttbruker er det mulig å trekke slutningen om at det er samme rolle. Det finnes ikke noe fast rutine for hvem som skal inngå i den tverrfaglige gruppen [S1]. En av entreprenørene nevner at store omlegginger i helsesektoren fører til

usikkerhet om hvem det faktisk er som kan ta beslutninger [E5], men blir ikke nevnt av de andre. Samtidig kan det se ut som E3 har inntrykk av at det er store forskjeller fra sykehus til sykehus både med henhold til anskaffelsesprosess og gjennomføringsevne. Det viser derfor at: *Det kan være en utfordring for entreprenørene at helsesektoren ikke har en felles struktur på hvem som inngår i kjøpssenteret.*

Flere av entreprenørene peker på utfordringen med å finne ut hvem som har myndighet til å ta beslutninger på ulike nivå [E2; E3; E5; K1]. Både E2 og K1 anbefaler entreprenører å ansette salgssressurser som vet hvordan den norske helsesektoren fungerer; hvem som er beslutningstakere og hvem som påvirker kjøpsbeslutninger. Det er blitt nevnt tidligere at entreprenøren nødvendigvis ikke har de samme økonomiske ressursene som en etablert bedrift [Bhatt [2000]; Blank and Dorf [2012]], og derfor ikke kan ansette salgspersonell med erfaring i tidlig fase. Det blir derfor anbefalt videre av E2 å tilegne seg denne kunnskapen gjennom å intervju personer i helsesektoren og selgere som har erfaring med salg til helsesektoren. Entreprenøren bør derfor: *Finne ut hvem som deltar i kjøpssenteret, hvem som har beslutningsmyndighet på ulike nivå, involvere sluttbruker, og etablere dialog med erfarne selgere.*

Wybo [2007] og Rosell [2006] anbefaler entreprenøren å forsikre seg om at beslutningstakere, i tillegg til sluttbrukere og påvirkere, er tilstede på møter. Det kan medføre at entreprenøren bruker lengre tid på å få en beslutning hos kunden om beslutningstaker ikke er tilstede, og dermed reduserer effektiviteten i salgsprosessen. Aarseth et al. [2011] anbefaler entreprenøren å opprette en referansegruppe med de aktuelle medlemmene i kjøpssenteret, og gir eksempler på relevante personer: *”representant fra primærhelse, representant fra sekundærhelse, pasientorganisasjoner, kompetansesenter, sluttbrukere osv”* [Aarseth et al. [2011], side 21]. Disse personene ser ut til å falle under kategoriene påvirker og sluttbruker, hvor beslutningstaker mangler. Dette kommer frem i case-presentasjonen hvor både Grønli et al. [2012] og S2 opplever at innkjøpspersonell blir involvert sent i salgsprosessen. Utfordringen med det er at sluttbrukerne gjerne mangler erfaringen for hvordan regelverket fungerer. S2 poengterer viktigheten av at sluttbrukerne er med fra tidlig fase, men ser med skepsis på at det lett

kan oppstå uforankret entusiasme for innovasjonen. Derfor påpeker Aarseth et al. [2011] at et innovasjonsprosjekt på være forankret i ledelsen i tidlig fase. Dette jobber E3 aktivt med og går så høyt opp i hierarkiet som mulig for å skape forankring. E4 opplever at forankringen må skje lavere i organisasjonen mot avdelingslederne, ettersom det er de som vil få kostnaden, men ikke besparelsen.

En utfordring for entreprenøren, som Grønli et al. [2012] omtaler som *markedsrisiko*, er om innovasjonens markedspotensialet ikke er stort nok til å gi nok avkastning på investeringene til å fortsette utvikling og bedriftsetablering. Aarseth et al. [2011] anbefaler en måte å unngå dette på hvor entreprenøren gjennom referansegruppen inkluderer og skaper forankring på tvers av RHFene slik at det ene HFet eller RHFet ikke blir den eneste kunden. På den måten tydeliggjøres regionale forskjeller og likheter. På bakgrunn av dette trekkes slutningen om at: *Entreprenøren må forankre innovasjonen hos beslutningstakerne og innkjøp på et tidlig tidspunkt. Entreprenøren bør også etablere en referansegruppe med medlemmer fra kjøpscenteret hvor både ledelse, klinisk miljø, sluttbrukere, innkjøpsansvarlige og representanter fra andre RHF eller HF er med, og Helsesektoren må involvere innkjøpsavdelingen og andre aktuelle beslutningstakere på et tidlig tidspunkt i innovasjonsprosessen.*

Møte med kunden Det kommer ikke frem av case-presentasjonen at det er viktig for entreprenøren å bygge opp en personlig relasjon til kunden, noe som vektlegges av Hedaa [1996]. For helsesektoren er det viktig med likebehandling og konkurranse, noe som får dem til å fokusere på å ha gjennomsiktede prosesser og unngå å gjøre feil [[E3]; [E4]; [K1]]. Det kommer heller ikke frem råd i case-presentasjonen om hvordan entreprenøren bør legge opp presentasjonen, med for eksempel å forberede *small talk*, bruk av visuelle virkemidler og holde kunden aktiv [Rosell, 2006]. Det betyr ikke nødvendigvis at det ikke er avgjørende for salgsprestasjonen, men at hverken forfatter eller intervjuobjektene hadde fokus på dette under selve intervjuet. Ettersom relasjonsbygging og innhold under presentasjon ikke er nevnt i case-presentasjonen trekkes slutningen om at det ikke er en *avgjørende* faktor for salg av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren, men er en salgskonventerende faktor.

En fordel som entreprenøren har foran etablerte bedrifter er fleksibilitet og mulighet for endring. Det trekkes frem at ettersom entreprenøren selv deltar i salgsmøtene, gir det større fleksibilitet til å ta avgjørelser under salgsmøter enn større organisasjoner kan tillate sine selgere [Bhide [1999]; Rosell [2006]]. Ifølge E5 er Posicom mer fleksibel enn konkurrentene sine når de både kan tilpasse innovasjonen sin til kundens behov, samtidig som de har et konkurransefortrinn ved å ha nærhet til det norske markedet. Forfatteren mener derfor at: *Entreprenøren bør jobbe for å være fleksibel under interaksjon med kunde.*

6.3 Vurdering

Mye av salgsteorien om etablerte selgere forutsetter salg med kort tidsløp hvor kjøpsbeslutning skjer i slutten av møtet [Edvardsson et al. [2008]; Hedaa [1996]; Rosell [2006]]. Det er ikke tilfelle for entreprenøren, hvor et salg kan inneholde et utviklingsløp, endring av kravspesifikasjon, eller andre prosesser som fører til at salget tar lang tid. Det finnes ulike nøkkelfaktorer som enten konverterer eller hemmer denne salgsprosessen [Edvardsson et al., 2008]. Entreprenøren må jobbe for å komme i kontakt med kunder og bevisstgjøre dem på entreprenøren, for så vekke interesse og bevegelse videre til neste steg i salgsprosessen. Fra entreprenørens ståsted trekker Edvardsson et al. [2008] frem to nøkkelfaktorer som virker som salgskonverterere: Entreprenørens evne til over tid å bygge opp tillit hos kunden, og tillit til det innovative produktet, samt tre salgshemmere: Opplevd risiko, entreprenørens omdømme, og at kunden har eksisterende avtaler eller gode relasjoner med andre leverandører.

Faktorer som er salgskonverterende er alt nevnt i teksten over. For å finne faktorer som er salgshemmende har forfatter sett på hva case-presentasjonen sier om forskjellige typer risiki. Under intervjuene ble det nevnt risikoaspekter ved innovative anskaffelser som har med helhetsbildet av anskaffelsen å gjøre. I Frøyland [2012] heter det at de derfor har begynt å kartlegge og strukturere risikotenkningen rundt innovative anskaffelser. Noen av disse risikokartleggingene er presentert i Grønli et al. [2012], og nevnes etter de som er belyst eksplisitt av salgsteorien.

Timing Timing kan være dårlig. Kunden kan for eksempel ha løpende avtaler med, eller gode relasjoner til eksisterende leverandører [Edwards-son et al., 2008]. Ettersom anskaffelsesprosessene i helsesektoren må følge LOA/FOA, skal i utgangspunktet eksisterende relasjoner ikke påvirke beslutningsprosesser. S2 uttaler i denne sammenhengen at han ikke tror at de har relasjoner som påvirker kjøpsbeslutningen. Samtidig kan det sees i sammenheng med frykten for å gjøre feil og å motta klager etter anskaffelsesprosesser, som er virkemidler som skal hindre at eksisterende relasjoner velges på feil grunnlag. Forfatter har ikke grunnlag til å gjøre noen antagelse om i hvilke grad eksisterende relasjoner påvirker anskaffelsesprosessen.

Utfordringen med timingen anerkjennes av E4 som forteller om kunder som på det tidspunktet ikke er klar for å anskaffe innovasjonen på grunn av faktorer som entreprenøren ikke kan påvirke, for eksempel løpende anbudskontrakt. [S1] fortalte at opp til 20 % av volumet i en kontrakt kan i kontraktsperioden brukes til å kjøpe produkter fra andre leverandører som har nye eller innovative produkt som helsesektoren kan teste. E4 opplever at utfordringen ikke ligger i å få testet ut innovasjonen sin i helsesektoren, men å komme fra test til kjøp. Hvis helsesektoren er fornøyd med produktet etter testingen, vil de prøve å skrive kravspesifikasjonen i neste anbudsrunde slik at de nye produktene blir inkludert [S1]. Utfordringen med det er timingen hvor det da kan være fire år til neste anbudsrunde, i tillegg til at entreprenøren i mellomtiden kan gå tom for økonomiske midler til å kunne holde seg i live. Innovasjon Norge og InnoMed er nevnt som viktige aktører som bidrar med blant annet økonomisk støtte i utviklingsløp. Dette er viktig for å holde liv i innovasjonen.

E4 trekker frem problematikken rundt trege prosesser i helsesektoren med spørsmål om hvor lenge oppstartsbedrifter kan overleve mens de venter på at helsesektoren skal bli enige om prosessene sine? E5 forteller at tregheten i helsesektoren kan ta knekken på oppstartsbedrifter. Tregheten fører til at innovasjonsprosjekter mister viktig kapitalinnskudd som skal drive firma og utvikling videre [S1]. Dette er en utfordring også S3 er enig i, og trekker frem at statistikken viser at det tar i snitt 12 år å kommersialisere en innovasjon i Norge.

Både E1, E4 og E5 anerkjenner at det er en stor utfordring for dem at prosessene i Helse-Norge tar lang tid. E4 trekker frem at helsesektoren ikke helt vet hvordan de skal gå frem ved anskaffelse av innovasjon, noe som resulterer i at prosessene trekkes ut i tid. [S2] forteller at mye tid går med på å utarbeide en god kravspesifikasjon før en anbudskonkurranse. Erfaringen hans er at jo mer tid som blir brukt på utarbeidelsen av kravspesifikasjonen, desto bedre blir resultatet.

En annen timing-utfordring er når helsesektoren ikke har personell som har kapasitet på det tidspunktet entreprenøren trenger dem med i et utviklingsløp [E5]. E4 sitt salg til St. Olav Universitetssykehus HF trekker ut i tid ettersom stillingen som skal ta beslutningen har ventet på å bli besatt, til tross for at ansatte ønsker produktet. Det viser at salget mangler forankring hos beslutningstaker.

Hvis timingen er *bra* og behovet har meldt seg hos sykehuset og er forankret hos beslutningstaker, opplever E1 svært raske prosesser. Forfatteren trekker derfor slutningen om at: *Entreprenøren må være bevisst timingen for å unngå at salgsprosessen ikke drar for langt ut i tid. Entreprenøren kan trenge ekstern finansiering hvis salgsinntektene lar vente på seg. Helse-sektoren må jobbe for å etablere gode rutiner slik at anskaffelsesprosessene av innovasjon ikke trekker unødvendig ut i tid.*

Omdømme og egenskaper Det er viktig at kunden får et godt inntrykk av entreprenøren, ettersom Edvardsson et al. [2008] viser til at kunden dømmer potensialet i en leveranse ut fra vurdering av de selgerrepresentantene de møter. Entreprenøren må derfor gi inntrykk av pålitelighet og kompetanse fra første møte med kunden. Dette kan også sees i sammenheng med suggererende kraft, hvor omstendigheter rundt selve salget som kan påvirke kjøpsbeslutningen [Rosell, 2006]. Rosell [2006] argumenterer også at entreprenøren må vise ærlighet og medfølelse overfor kunden. Dette samsvarer med case-presentasjonen som påpeker at entreprenøren må bygge tillitt gjennom å oppføre seg troverdig [Grønli et al. [2012]; S2]. E5 klarte å bygge opp tillitt hos Oslo Universitetssykehus HF som tok kontakt igjen etter tre år for å igangsette anskaffelse.

Evnen til å være en god lytter trekkes frem av teorien som den viktigste egenskapen til entreprenøren [McMurry [1961]; Marshall, Goebel, og Moncrief, 2003; gjengitt i Moncrief and Marshall [2005]; Rosell [2006]]. Det kan sees i sammenheng med at entreprenøren må kommunisere forståelse for kundens behov, og at kunnskapsinnhenting genereres gjennom dialog med kjøpscenteret. Det trekkes også frem i case-presentasjonen at evnen til å vise glød for det man selger er avgjørende i salget [Bhide, 1999]. Etersom entreprenøren selger noe eget kommer ofte denne gløden naturlig Blank and Dorf [2012]. Både E3 og E4 viser glød under intervjuet for hvor stolt de er over arbeidet sitt. Samtidig opplever E4 at hun må tilpasse gløden sin ettersom hun nå er gått fra å være ansatt i, til leverandør til, helsesektoren. På bakgrunn av dette trekkes slutningen om at: *Entreprenøren må redusere de opplevde risikofaktorene for helsesektoren gjennom å være en god lytter, kommunisere kundens behov, bygget tillit, og vist glød for innovasjonen sin.*

Rykke bakover i salgsprosessen En risiko for entreprenøren kan være opplevelsen av å rykke bakover i salgsprosessen gjennom å miste kundens interessen [Edvardsson et al., 2008]. Dette oppleves av E4 som forteller at momentet deres hos Helse Vest RHF har forsvunnet etter utfordringer med anbudsprosessen. Derfor må de nå ta tak i prosessen på nytt. Forfatteren trekker derfor slutningen om at: *Entreprenøren må jobbe for å holde momentet oppe hos kunden, gjennom å skape og opprettholde interesse for innovasjonen.*

Personer i kjøpscenteret slutter En stor risiko for entreprenøren er å bruke mye tid på relasjonsbygging mot medlemmer av kjøpscenteret som slutter eller bytter stilling internt hos kunden, før salget er gjennomført [Edvardsson et al., 2008]. Utfordringen blir påpekt av E3 som opplever at endringer i kjøpscenteret kan føre til at salgsprosessen blir utsatt og i verste fall må starte på nytt. Grønli et al. [2012] nevner denne utfordringen som en del av turbulensrisiko. For å redusere denne risikoen bør: *Entreprenøren søke og skaffe seg god kjennskap og kontakt med flere i kjøpscenteret slik at om én slutter reduseres risikoen for at salgsprosessen bremses.*

Adopsjonsrisiko Adopsjonsrisiko er nevnt av både sykehusrepresentantene, entreprenørene og i Grønli et al. [2012] som en stor utfordring ved anskaffelse og salg. Salgsteorien nevner ikke adopsjonsrisiko eksplisitt, men implisitt gjennom risikoer i Edvardsson et al. [2008]. For å gjennomføre salg og anskaffelse av innovasjoner må både entreprenøren og helsesektoren prøve å forsere utfordringen. Integrasjon mot eksisterende systemer i helsesektoren medfører også en form for adopsjonsrisiko. Både Posicom og Digital Penn må integreres mot eksisterende systemer for å bli anskaffet. Adopsjonsrisikoen til E3 reduseres ved å arrangere workshops hvor de ansatte får dypere forståelse for hvorfor de må endre arbeidsrutinene sine for å ta i bruk innovasjonen. E4 har utarbeidet informasjon og holder opplæringskurs for bruk av sin innovasjon.

Adopsjonsrisiko kan også komme av motstand fra ansatte. Flere av entreprenørene trekker frem at de opplever motstand fra ansatte i helsesektoren som ikke vil ta i bruk innovasjonen [E2; E3; E4]. Selv om det finnes mekanismer i anskaffelseskontraktene, opplever S1 at de ved enkelte tilfeller opplever motstand fra ansatte om å ta inn nye produkter. E5 har ikke opplevd motstand fra de ansatte, og forteller at de legger stor vekt på å involvere sluttbruker i salgsprosessen sin. Både E1, E2 og E3 anbefaler entreprenøren å identifiserte en innflytelsesrik person i helsesektoren som kan påvirke de andre i organisasjonen til å endre seg. E4 har identifisert at de er veldig avhengig av at avdelingsleder ønsker produktet hennes. Det kommer derfor tydelig frem at adopsjonsrisiko er en stor utfordring for anskaffelse og salg av innovasjon til helsesektoren. *Entreprenøren må jobbe tett på sluttbrukerne for at de både skal forstå hvorfor, og ønske, å endre sine arbeidsrutiner ved å ta i bruk innovasjonen. Entreprenøren må også mobilisere den eller de som påvirker de andre sluttbrukerne til adopsjon. I tillegg må innovasjonen kunne integreres mot eksisterende system i helsesektoren.*

6.4 Kjøp

Etter at salget er avsluttet bør entreprenøren følge opp kunden og passe på at kunden blir fornøyd med innovasjonen [Block and MacMillan [1985]; Hedaa [1996]; Moncrief and Marshall [2005]; Rosell [2006]]. Gjennom direkte salg vil entreprenøren har full kontroll over salget, men det vil kreve

store ressurser fra entreprenøren sin side [Blank and Dorf, 2012] . Entreprenøren bør derfor forstå hvordan kunden liker å kjøpe og av hvem [Blank and Dorf, 2012], se etter salgsressurser med bransjeerfaring og kunnskap om kundens interne prosesser [Edvardsson et al. [2008]; Agarwal et al. [2009]] for å skalere opp salgsvirksomheten, og kommersialisere innovasjonen sin [Blank and Dorf, 2012].

Flere av intervjuobjektene påpeker at entreprenøren bør ansette personer med erfaring fra helsesektoren, for å øke sannsynligheten for salg gjennom salgsrepresentanter med kredibilitet [E1; E3; K1]. E2 og E4 argumenterer for at entreprenøren må finne ut hvem helsesektoren ønsker å handle med, og etablere partnerrelasjoner til disse. Ingen av sykehusrepresentantene nevner noe om dette. Et eventuelt partnerfirmaet må ha de rette incentivene til å selge entreprenørens innovasjon, og det bør ikke kreve at selgeren må endre salgsrutinene sine betydelig for å gjennomføre salget [E2]. Dette kan bli sett i sammenheng med adopsjonsrisikoen som er nevnt over.

Sykehusrepresentantene nevner ikke noe om entreprenørens prosess etter salget, salgspartnere, eller at de liker best å handle fra få aktører eksplisitt. Dette kan sees i sammenheng med at de må forholde seg til LOA/FOA. Samtidig kommer det frem fra E4 at ASAP fikk vite hvem av leverandørene som hadde best omdømme, samtidig som at helsesektoren liker å forholde seg til få leverandører. Fra det ene innovasjonseksempelet til S4 forteller han at de har benyttet seg av innovasjon i anskaffelsesprosessen gjennom å nå ut til lokale aktører gjennom å splitte opp leveransen. Det har ført til økt ressursbruk fra deres side, men samtidig besparelser på anskaffelsene.

På bakgrunn av dette trekkes slutningen om at: *Entreprenøren bør forstå hvordan og av hvem kunden foretrekker å handle, og tilpasse sin distribusjonskanal deretter, i tillegg til å knytte til seg relevante salgspartnere og ressurser for å skalere opp salget.*

#Oppdatere oppgavens oppbygning og analyse i metode når denne er ferdig.

7 Diskusjon

Diskusjonskapittelet omfatter diskusjon av funn fra analysen. Disse funnene vil avhengig av oppgavens omfang og avgrensning være bidrag til å besvare forskningsspørsmålene. Kapittelet er derfor delt opp i to deler i henhold til forskningsspørsmål 1: *Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?* og forskningsspørsmål 2: *Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?* Under hvert av forskningsspørsmålene er de relaterte funnene fra analysen presentert. Funnene danner grunnlag for faktorer som bidrar til å besvare forskningsspørsmålene. Gjennom diskusjonen av funnene fra analysen, blir også funn som ikke er dekket av analysen belyst. Under diskusjon av funnene kan det også oppstå faktorer som påvirker prosessen til den andre parten. Det vil da bli poengtert. Selve besvarelsen av forskningsspørsmålene kommer i konklusjonskapittelet.

7.1 Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?

Behov for felles struktur og naturlig kontaktpunkt for anskaffelse av innovasjon *Det eksisterer ikke noen standardisert vei for entreprenøren å initiere kontakt med helsesektoren på. Det kan være en utfordring for entreprenørene at helsesektoren ikke har en felles struktur på hvem som inngår i kjøpscenteret. Helsesektoren må jobbe for å etablere gode rutiner slik at anskaffelsesprosessene av innovasjon ikke trekker unødvendig ut i tid.* Dette er alle funn som viser til helsesektorens mangel på strukturerte prosesser for å ta i mot og utnytte innovasjon. I kapittel 4 kom det tydelig frem at anskaffelsesprosessene både for generelle anskaffelser og forholdet til anskaffelser av innovasjoner, varierte mellom RHFene. Som nevnt av E4 i case-presentasjonen, er det vanskelig for entreprenøren å forholde seg til ulike anskaffelsesprosesser. Entreprenøren står overfor en tung oppgave hvis vedkommende må sette seg inn i de ulike anskaffelsesprosessene, i tillegg til LOA/FOA. En faktor for entreprenøren er derfor: *Å sette seg inn i de ulike anskaffelsesprosessene til Helse-Norge, mens: Hvert RHF må kommunisere et naturlig kontaktpunkt for henvendelser om gode ideer.* En implikasjon for Helse-Norge er derfor at: *Helsesektoren må utvikle en god struktur for å ta i mot og følge opp ideer fra internt og eksternt.*

Kommunisere problemer og behov I case-presentasjonen forteller S2 at de sjeldent går ut i markedet med behov de opplever. Dette oppfatter forfatter som negativt for mulighetene for innovasjon i helsesektoren. Et viktig ledd på veien mot en mer innovativ helsesektor er at organisasjonen tenker innovativt, noe E4 savnet da hun var ansatt i helsesektoren. Et annet viktig ledd er samarbeid på tvers av industrier, som for eksempel Pumps & Pipes [E1]. Pumps & Pipes viser at ulike industrier kan lære av hverandre ved å fortelle om sine behov og utfordringer. Hvis ingen forteller om at de har et behov, eller samarbeider på tvers av industrier, så kan innovasjonsmulighetene hemmes. At ulike industrier lærer av hverandre kommer også frem av hvordan E5 beskriver at kontakten med helsesektoren ble initiert, ettersom teknologien til Posicom opprinnelig dekket et behov for idretten. Dette kan også sees i sammenheng med at Helse-Norge må bli flinke til å samarbeide på tvers av RHF Grønli et al. [2012]. S1 og S2 nevner at erfaringer deles på tvers av RHF, men at det også kan medføre adopsjonsrisikoen ved at ansatte ikke ønsker å endre seg. Forfatteren trekker derfor slutningen om følgende implikasjon for helsesektoren: *Helsesektoren må bli mer åpen og kommunisere sine problemer og behov, slik at mulighetsrommet for innovasjon, også fra andre industrier, kan øke.*

Markedsundersøkelse S4 mener at den største utfordringen de har i anskaffelsesprosessen er ”å vite hva som finnes i markedet” [S4]. Både Grønli et al. [2012] og S5 ser på risikoen for å anskaffe ”gårsdagens løsninger”, og gjennomfører markedsundersøkelse for å prøve og unngå det. S4 vektlegger at en god markedsundersøkelse gir kunnskap om hva som finnes på markedet og hvem som kan levere de ulike løsningene. S3 erfarte at ett nytt produkt kom på markedet etter at de var i gang med et FoU-prosjekt. Det førte til store utgifter, og S3 anbefaler derfor andre i helsesektoren om å tenke seg godt om før de forplikter seg til et utviklingsløp. Utfordringen belyses ikke av salgsteorien eller entreprenørene. Forfatteren oppfattet at entreprenørene opplever å være de eneste innenfor sitt marked, og derfor ikke omtaler konkurrenter. For helsesektoren identifiseres derfor faktoren: *Helsesektoren må gjennomføre en god markedsundersøkelse for å tilegne seg kunnskap om hva som finnes på markedet og hvem som kan levere de ulike løsningene. Samtidig må risikofaktorer for å inngå i et FoU-samarbeid vurderes.*

Adopsjonsrisiko Det ble funnet i analysen at: *Innovasjonen må kunne integreres mot eksisterende system i helsesektoren* for å redusere adopsjonsrisikoen. Dette er med på å redusere risiko for *lock-in* ettersom anskaffelsen integreres til en eksisterende teknologi heller enn en ny. Forfatteren mener derfor at de som involveres i FoU-prosjekter fra helsesektoren også har et ansvar for å kommunisere dette til entreprenørene, slik at adopsjonsrisikoen reduseres. En faktor er derfor at: *Helsesektoren må jobbe for at FoU-prosjekter som utvikles kan integreres med eksisterende systemer*. En annen faktor er at *Helsesektoren må involvere innkjøpsavdelingen og andre aktuelle beslutningstakere på et tidlig tidspunkt i innovasjonsprosessen*.

Fokus på innovasjon Tre ulike former for anskaffelse av innovasjoner er presentert i Grønli et al. [2012]. Disse er ulike fra hverandre i form av hvor innovasjonen er i livsløpet sitt, som vist i Figur 4.2. S5 erfarer at Helse-Norge har mange innovasjonsprosjekter som bare blir værende på prosjektstadiet og aldri realiseres. Han mener at det skyldes at de ikke blir koblet opp mot anskaffelsesprosessen. Dette samsvarer med utfordring som blir påpekt i case-presentasjonen av S3 og E4: Til tross for at et FoU-prosjekt er vellykket og viser besparelse, må anskaffelsen fortsatt ut på konkurranse. Når helsesektoren da velger å ikke gå videre med innovasjonen oppfatter forfatteren at det er én av to grunner til det: (1) enten er prosessene med å beskrive kravspesifikasjon og gå ut på anbud så omfattende at man ikke orker eller tør med tanke på klager, eller så (2) er ikke besparelsen fra innovasjonen stor nok til at *kostnaden* ved å gjennomføre anskaffelsesprosessen kan forsvares. Begge disse oppfatningene samsvarer med Grønli et al. [2012] som sier at regelverket som skal stimulere til konkurranse og innovasjon, også er det som svekker innovasjonen. Det er derfor helt tydelig fra forfatteren sin side at noe må gjøres med anskaffelsesprosessen for innovasjoner som er ferdig med FoU-løpet, for at flere skal tørre å satse på innovasjon.

Grønli et al. [2012] påpeker at det også er risiko i det å ikke være innovativ. *"Innovasjon betyr også å ta sjanser"* [S3]. For å ta i bruk innovasjon inn i helsesektoren må innovasjon få en annen prioritet og nytt fokus [E4], og inn i de overordnede planene og strategidokumenter for helseforetaket [Grønli et al. [2012]; S2]. Arbeidsgruppen trekker frem at innovasjon må

forankres både i strategier og ledelsen gjennom økt kunnskap, kompetanse og kulturbygging i både ledelse og fagmiljø [Grønli et al., 2012]. Ifølge S2 klare ledelsen å gjennomføre det de satser på. E3, E4 og K1 forteller om personer i helsesektoren som er redde for å gjøre feil og miste jobben sin som konsekvens, og etterlyser at sektoren må endre seg til å belønne ting som går bra heller enn å straffe de som gjør feil. K1 påpeker her at de av de ansatte som er på korte kontrakter muligens hindres i å tenke innovasjon og tør å ta risiko i frykt for å ikke beholde jobben. Helsesektoren må tørre å be om tilgivelse heller enn tillatelse [E4]. Forfatteren oppfatter at både S3 og K1 mener at innovasjonssatsningen er helt avhengig av ansatte i helsesektoren som tør å ta sjanser, og heller be om tilgivelse. Implikasjonen for helsesektoren blir derfor at: *Innovasjon inn i de overordnede planene og strategidokumenter for helseforetaket, forankres på ledelsesnivå, og en holdningsendring må til for at ansatte skal tørre å satse på innovasjonsprosjekter.*

7.2 Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?

Initiering av kontakt I analysen ble slutningen trukket om at: *Entreprenøren må jobbe for å initiere kontakt med helsesektoren gjennom nettverket sitt, internett og telefon.* Gjennom nettverk og internett kan entreprenøren finne frem til kontaktpunkt hos helsesektoren, og initiere kontakt over telefon. Forfatteren mener derfor at dette er en faktor for entreprenørens salgsprosess, ettersom flere av intervjuobjektene og teorien vektlegger det.

Et annen funn fra *bevisstgjøring* i analysen var at: *Entreprenøren trenger i liten grad å fokusere på hvem som er kontaktpunkt inn mot helsesektoren, da entreprenøren kan bli satt i kontakt med relevant personell.* Forfatter mener at entreprenøren om mulig bør initiere kontakt med både innkjøpsavdelingen så vel som sluttbruker. Dette er på grunn av at forfatter tror at prosessen med å sette opp et møte vil ta kortere tid om det er flere parter som er mobilisert og ønsker å komme i gang. Forfatter mener også at innkjøperne som ikke sitter tett på problemet [E3], vil ha lettere for å i gangsette en prosess om sluttbruker påvirker av sluttbrukerens bekrefteelse av behov for innovasjonen. Dette kan også sees i sammenheng med

adopsjonsrisiko hvor entreprenøren må engasjere og skape forankring i sitt kliniske miljø. Med *sitt* kliniske miljø mener forfatteren den avdelingen på et HF hvor innovasjonen skal løse ett problem. Forfatter mener derfor at det er en faktor for entreprenøren: *Å initiere kontakt med både sluttbruker og innkjøpsavdelingen, og skape forankring i sitt kliniske miljø, for å starte salgsprosessen.*

Kundenytte Under *interesse*-stadiet viser funn fra analysen at : *Entreprenøren må vise god forståelse for kundens behov og finne nytteverdi for helsesektoren. Entreprenøren må redusere de opplevde risikofaktorene for helsesektoren gjennom å være en god lytter, kommunisere kundens behov, bygget tillit, og vist glød for innovasjonen sin. Entreprenøren må jobbe for å holde momentet oppe hos kunden, gjennom å skape og opprettholde interesse for innovasjonen, i tillegg til å jobbe å være fleksibel under interaksjon med kunde.* Det nevnes lite i salgsteorien om hvordan entreprenøren skal tilegne seg kunnskap om kunden og dens behov, men Blank [2006], Rise [2011], og Blank and Dorf [2012] anbefaler entreprenøren å lære det gjennom prøving og feiling. Metoden med å prøve seg frem brukes av E5 i interaksjon med sluttbrukerne, mens E2 mener at entreprenøren må intervjue personer som innehar denne kunnskapen fra før av.

Både E3, E4 og E5 jobber med å finne økonomisk nytteverdien, men opplever det som vanskelig ettersom de har radikal innovasjoner som ikke har en definert utgiftspost. Det viser seg å være utfordring og selge inn en radikal innovasjon som fører til besparelser på det totale regnskapet, men hvor én avdeling må ta regningen og fører til røde tall i budsjettet [E4]. Det tyder derfor på at budsjettet ikke gir rom for å anskaffe radikal innovasjon, men innovasjon som fører til at et eksisterende produkt eller utgiftspost reduseres innenfor samme budsjett. E4 foreslår at helsesektoren øremerker penger i budsjettet som skal brukes til kjøp av innovasjon. Som følger av dette blir faktorene: *Entreprenøren må vise god forståelse for kundens behov, finne nytteverdi, lytte til sykehusrepresentantene og vise glød for å holde interessen og momentet i salgsprosessen oppe. Både entreprenøren og helsesektoren må også identifisere hvilke budsjettpost som vil ta regningen.* Implikasjonen blir derfor at: *Helsesektoren må gi rom for kjøp av innovasjon som avviker fra opprinnelig budsjett.*

I analysen nevnes også utfordringen med at entreprenøren føler det er vanskelig å komme i kontakt med kunden. På den andre siden hevder Edvardsson et al. [2008] at det ikke er vanskelig, men at entreprenøren havner i en kategori avhengig av kundens oppfatning av entreprenøren. Det er ingen av entreprenørene som nevner at "*å komme i kontakt med helsesektoren*" er en eksplisitt utfordring, men at utfordringen er at helsesektoren har ulik tilnærning til innovasjon og anskaffelsesprosess. Dette kan også sees i sammenheng med at kunden dømmer entreprenøren ut fra førsteinntrykk. Derfor må entreprenøren ved hjelp av kunnskap om helsesektoren og egen innovasjon, gi et godt førsteinntrykk i møte med helsesektoren.

Kjøpssenteret Funn fra analysen relatert til kundens kjøpssenter er: *Entreprenøren bør finne ut hvem som deltar i kjøpssenteret, hvem som har beslutningsmyndighet på ulike nivå, involvere behovseier, og etablere dialog med erfarne selgere. Entreprenøren må forankre innovasjonen hos beslutningstakerne og innkjøp, på et tidlig tidspunkt. Entreprenøren søke og skaffe seg god kjennskap og kontakt med flere i kjøpssenteret slik at om én slutter reduseres risikoen for at salgsprosessen bremses. Entreprenøren bør forstå hvordan og av hvem kunden foretrekker å handle, og tilpasse sin distribusjonskanal deretter, i tillegg til å knytte til seg relevante salgspartnere og ressurser for å skalere opp salget.* Den tverrfaglige gruppen som utarbeider kravspesifikasjonen utgjør en stor del av entreprenørens kjøpssenter i helsesektoren. Som nevnt over bør entreprenøren etablere en referansegruppe med medlemmer fra helsesektoren som kan skape forankring ut over det den tverrfaglige gruppen kan gjøre på grunn av LOA/FOA. Den samme faggruppen behandler svar på tilbudet og er påvirkere ved at de fremmer forslag om innstilling til styringsgruppen, som er beslutningstaker. Tildeling av kontrakter blir godkjent på ulike nivå avhengig av størrelsen. Eksempler på hvem som inngår i styringsgruppen er leder, administrerende direktør på sykehuset, eller andre i ledergruppen på sykehuset eller RHF.

Forfatteren mener derfor at følgende faktorer er viktige for salgsprosessen: *Entreprenøren bør finne ut hvem som deltar i kjøpssenteret, hvem som har beslutningsmyndighet på ulike nivå, forankre innovasjonen både*

hos sluttbruker, for eksempel sykepleier, og beslutningstaker, for eksempel avdelingsleder, i tillegg til å involvere innkjøpsavdelingen slik at regelverket følges. I tillegg til kjøpssenteret bør entreprenøren opprette en referansegruppe som forankrer innovasjonen i flere RHF. For å unngå stopp i salgsprosessen om noen i kjøpssenteret slutter, må entreprenøren ha kontakt med flere i kjøpssenteret. Gjennom dialog med helsesektoren og andre selgere må entreprenøren tilegne seg kunnskap om hvordan de liker å anskaffe og av hvem. Entreprenøren bør videre vurdere å knytte opp distribusjonskanalen sin til etablerte salgspartnere.

Adopsjonsrisiko Det ble presentert som funn i analysen at: *Entreprenøren må jobbe tett på sluttbrukerne for at de både skal forstå hvorfor, og ønske, å endre sine arbeidsrutiner ved å ta i bruk innovasjonen. Entreprenøren må også mobilisere den eller de som påvirker de andre sluttbrukerne til adopsjon. I tillegg må innovasjonen kunne integreres mot eksisterende system i helsesektoren.* I følge E2 bør entreprenøren så langt som mulig unngå at innovasjonen trenger å endre arbeidsrutinene til de ansatte. S2 trekker også frem at helsesektorens sterke fagmiljø og -organisasjoner kan bidra til å skape adopsjonsrisiko. E4 viser til erfaring hvor alt det økonomiske med anskaffelsen var på plass, men at anskaffelsen stoppet fordi de ansatte som var lei av å jobbe med innovasjon. Her mener E3 at helsesektoren må stille mer krav til de ansatte gjennom å pålegge ansatte å endre rutinene sine hvis noe gir gode resultater. Forfatter trekker derfor slutningen om at faktorene fra analysen består, i tillegg til implikasjonen om at: *Helsesektoren må jobbe for å redusere adopsjonsrisiko gjennom å kunne pålegge ansatte å endre arbeidsrutinene sine for å oppnå besparelser gjennom å ta i bruk ny innovasjon.*

Timing Det er ikke lett for entreprenøren å påvirke når anbudsprosesser gjennomføres, men funn fra analysen viser like vel at: *Entreprenøren må prøve å påvirke timingen slik at salgsprosessen ikke drar for langt ut i tid.* Salgsprosessen hemmes fordi alt skal være så rettferdig og riktig [E3]. Med E5 sitt forslag om *fast track* tror han på hurtigere fremdrift i innovasjonsprosjekter og salg av innovasjoner, gjennom å frikjøpe tid hos ansatte. Forfatter mener at å øker kunnskapen rundt anskaffelse av innovasjon in-

nen egne rekker, vil være et viktig bidrag til å redusere tiden det tar å gjennomføre anskaffelsen.

For å holde liv i innovasjoner mens prosessene går tregt i helsesektorren, viser funn fra analysen at: *Entreprenøren kan trenge ekstern finansiering hvis salgsinntektene lar vente på seg.* Som presentert i case-presentasjonen finnes det ulike støtteordninger som entreprenører kan benytte seg av, hvor Innovasjon Norge og InnoMed ble trukket frem. Støtteordningene er et viktig virkemiddel for å holde økonomisk liv i oppstartsbedrifter [S3]. Flere av entreprenørene [E3; E4; E5], sykehusrepresentantene [S2; S3; S4; S5] nevnte at de enten hadde kjennskap til, eller vært deltagende i, støtteordninger fra Innovasjon Norge. Innovasjon Norge kommer også tydelig frem som en viktig støtteordning både i Aarseth et al. [2011] og Grønli et al. [2012]. Innovasjon Norge ble i liten grad nevnt som spørsmål av forfatter under intervjuet, noe som tyder på at det er troverdig at Innovasjon Norge både er kjent i innovasjonsmiljøet og i helsesektoren, i tillegg til å være en viktig støttespiller. *Entreprenøren bør i samarbeid med Innovasjon Norge finne ut om innovasjonen kvalifiserer som FoU-prosjekt, og videre som OFU-prosjekt, noe som vil kunne medføre viktig økonomisk støtte for utvikling av innovasjonen.*

Forfatteren oppfatter fra case-materialet at intervjuobjektene har et positivt inntrykk av Innovasjon Norge. Det er mulig at dette kommer av at det oppleves svært positivt at Innovasjon Norge involverer seg mer personlig nå enn før i tiden [E4]. Forfatteren har selv jobbet tett med Innovasjon Norge og er enig i observasjonen, og legger til at den personlige relasjonen er med på å skape trygghet for entreprenøren. I håndboken Aarseth et al. [2011] anbefales entreprenørene på det sterkeste å opparbeide seg god relasjon til sin rådgiver ved sitt Innovasjon Norge-kontor. Derfor trekker forfatteren slutningen om at både Innovasjon Norge og entreprenøren bør etterstrebe å bygge en personlig relasjon til hverandre. Forfatter mener at derfor at: *Det er viktig for entreprenøren å opprette god kontakt med Innovasjon Norge på et tidlig tidspunkt i utviklingsprosessen.*

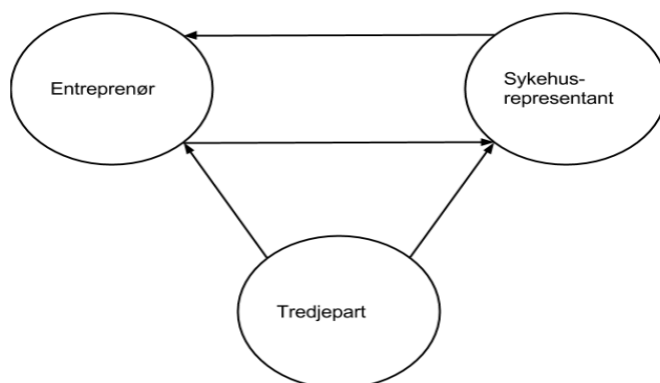
Den andre støtteordningen som blir skissert i case-presentasjonen er InnoMed. Under intervjuet anbefaler S3 entreprenørene om å kontakte de miljøene som jobber med innovasjon, og da helst innovasjon og helse, ek-

sempelvis InnoMed. InnoMed blir i motsetning til Innovasjon Norge kun nevnt av to av sykehusrepresentantene [S3; S5], i tillegg til Aarseth et al. [2011]. På bakgrunn av det trekker forfatter slutningen om at få entreprenører har kjennskap til InnoMed, og at implikasjonen for InnoMed er at: *InnoMed som støtteordning må synliggjøres som innovasjonsarena og kontaktpunkt for entreprenørene i helsesektoren.*

Involvering av tredjepart I forkant av case-studiet hadde forfatteren en oppfatning av at salgsprosessen til helsesektoren besto av to parter; entreprenøren og kjøpscenteret. På den måten kunne forfatter gjøre et case-studie hvor prosessen blir sett på fra hver av partene sine sider, som vist i Figur 2.1. Gjennom intervjuene kom det frem fra både E3, S4 og S5 at involvering av en tredjepart kunne forekomme i salgsprosessen, samt at E2 også har bistått andre entreprenører som konsulent for å hjelpe dem inn i helsesektoren. På bakgrunn av det ble forfatter anbefalt å kontakte K1. Etersom K1 har opparbeidet seg en god innsikten for helsesektoren, hjelper de til med strategisk rådgivning til bedrifter som trenger å forstå hvordan helsesektoren tenker: *"Vi sitter ofte med helseregionenes glassøyne og ser hvordan de tenker og jobber selv med innovasjon, og ikke minst hvordan de møter nye aktører"* [K1]. Salgsprosessen kan derfor i mange tilfeller endres fra Figur 2.1 til 7.1. På bakgrunn av dette har forfatter inkludert innspill fra K1 i case-presentasjonen for å styrke besvarelsen av forsknings-spørsmålene.

Som nevnt i case-presentasjonen bruker E3 tredjepart som bidrag til å skape trygghet i salgsprosessen. Tredjeparten har også bidratt inn i kartlegging av pasientflyt og utarbeide *best practise* sammen med involverte leger og sykepleiere. Bruk av tredjepart blir også nevnt av S4. Helse Nord RHF har gjennomført *lean-prosesser* for å oppnå bedre og mer innovative måter å jobbe på [S4]. Helse Nord RHF har gjennom disse lean-prosessene spart flere millioner kroner, og har nå ansatt én egen lean-ekspert i RHFet.

Både litteratur [Edvardsson et al. [2008]; Agarwal et al. [2009]] og entreprenører [E2; E4] argumenterer for å selge gjennom partnere. Disse partene er også en form for tredjepart, men skiller seg fra K1 ved at de får inntekt fra salget, mens K1 blir leid inn for å gi rådgivning. Derfor blir



Figur 7.1: Viser hvordan en salgs- og anskaffelsesprosess kan se ut ved involvering av en tredjepart.

ikke salgspartnere antatt å ha samme funksjon som K1 i Figur 7.1.

Ved å bruke tredjepart er det nevnt at helsesektoren blir tryggere i interaksjonen med entreprenøren. Det er mulig å oppfatte at denne tryggheten med å høre på råd fra en ekstern aktør brukes aktivt for å støtte seg på og kanskje også skyve vekk *skylden*. Utfordringen for entreprenøren er mangel på økonomiske ressurser for å benytte seg av for eksempel et konsulentfirma som tredjepart. Forfatter mener at det er et funn at en tredjepart også har påvirkning på anskaffelses- og salgsprosessen, og ved mulighet bør entreprenøren vurdere om det er gunstig å bruke økonomiske midler på denne kompetansen. På bakgrunn av dette trekkes slutningen om at: *Entreprenøren bør vurdere å bruke en tredjepart i salgsprosessen om prosessene tar lang tid og økonomien strekker til*. Samtidig tror forfatteren at en tredjepart kan bidra til å sette opp effektiv struktur og rutine for innovasjon i helsesektoren. Dette leder til implikasjonen: *Helsesektoren bør involvere tredjeparter for å skape gode innovasjonsprosesser*.

Anbud E5 forteller at de er med på å svare på anbud som omhandler bruk av video under operasjon. Informasjon om anbudene kommer på DOFFIN. Da publiseres kravspesifikasjonene, brukes til å fortelle markedet og leverandørene hvordan de vil bli evaluert [S1; S4]. Under konkur-

ranse er det den bedriften som innfrir kravspesifikasjonene best mulig som får tildelt kontrakt S5. [S4] forteller i case-presentasjonen at beslutningskriteriene til Helse Nord RHF er ”*pris, kvalitet og kompetanse*”, men at hvilke som vektet høyest variere. En av utfordringen med innovasjon er at helsesektoren ikke vet at den eksisterer [Webster and Wind [1996]; Wybo [2007]; Edvardsson et al. [2008]], og at innovasjonen derfor sjeldent blir etterspurt i kravspesifikasjonen. Ettersom LOA/FOA legger føringer for at alt skal være så gjennomsluktig og rettferdig, har ikke entreprenøren mulighet til å påvirke eller ha tett dialog med sykehusrepresentantene i en åpen anbudsprosess. Etter et FoU-prosjekt bør entreprenøren derfor jobber for at konkurransen gjennomføres som *Konkurransen med forhandlinger* eller *Konkurranspreget dialog*. Det vil gi mer fleksibilitet i anbudsprosessen [S2], og er bedre tilpasset anskaffelse av innovasjon.

8 Konklusjon

Formålet med denne masteroppgaven har vært *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren*. Basert på formålet har forfatteren gjennomført et case-studie som besvarer følgende forskningsspørsmål: (1) *Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?* (2) *Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?*

Forskningsspørsmål 1: Hvilke faktorer påvirker anskaffelsesprosessen av ikke-medisinske innovasjoner innen norsk helsesektor?

For å anskaffe ikke-medisinsk innovasjon innen norsk helsesektoren må det kommuniseres et naturlig kontaktpunkt for henvendelser fra internt og eksternt, som ansatte i helsesektoren og eksterne kan forholde seg til. Representantene som er involverte i anskaffelsen må vurdere risikofaktorer som anskaffelsen av innovasjonen medfører. Det er derfor viktig å gjennomføre en god markedsundersøkelse, for å tilegne seg kunnskap om hva som finnes på markedet og hvem som kan levere de ulike løsningene. For å redusere adopsjonsrisikoen og risiko for *lock-in*-effekt av ny teknologi, må FoU-prosjekter sikre at innovasjonen kan integreres med eksisterende systemer i helsesektoren. For å skape forankring hos beslutningstakere og ivareta regelverket, må innkjøpsavdelingen og andre aktuelle beslutningstakere involveres på et tidlig stadiet i innovasjonsprosessen. Ved inngangen til en innovativ anskaffelse må det bli avklart hvilke budsjettpost som skal dekke kostnadene.

Forskningsspørsmål 2: Hvilke faktorer påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinske innovasjoner?

Som belyst i diskusjonen er det en rekke faktorer som påvirker salgsprosessen til en entreprenør av ikke-medisinsk innovasjon. Først må entreprenøren jobbe for å initiere kontakt med helsesektoren gjennom nettverket sitt, internett og telefon. Kontaktpunkt hos helsesektoren bør både være sluttbruker, for eksempel en lege, i tillegg til innkjøpsavdelingen.

Entreprenøren bør finne ut hvem som deltar i kjøpsprosessen, hvem som

har beslutningsmyndighet på ulike nivå, forankre innovasjonen både hos sluttbruker og beslutningstaker, for eksempel avdelingsleder, det kliniske miljøet for den ikke-medisinske innovasjonen, i tillegg til å involvere innkjøpsavdelingen slik at regelverket følges. Entreprenøren må finne ut av hvilke budsjettpost som vil dekke kostnaden for kjøpet. I tillegg til kjøpssenteret bør entreprenøren opprette en referansegruppe som forankrer innovasjonen i flere RHF. For å unngå brems i salgsprosessen om noen i kjøpssenteret slutter, må entreprenøren søke og skaffe seg god kjennskap og kontakt med flere i kjøpssenteret.

Innovasjon Norge er en viktig støttespiller i FoU-prosjekt, og entreprenøren bør opprette en god relasjon tidlig. Sammen med Innovasjon Norge kan entreprenøren finne ut om den ikke-medisinske innovasjonen kvalifiserer som FoU-prosjekt, og videre som OFU-prosjekt, noe som vil kunne medføre viktig økonomisk støtte for utviklings- og salgsløpet. Entreprenøren bør vurdere å bruke en tredjepart i salgsprosessen om prosessene tar lang tid og økonomien strekker til.

Gjennom dialog med helsesektoren og andre selgere vil entreprenøren tilegne seg kunnskap om hvordan de liker å anskaffe og av hvem. Entreprenøren bør videre vurdere å knytte opp distribusjonskanalen sin til de aktuelle leverandørene. Entreprenøren må jobbe tett på sluttbrukerne for at de skal forstå hvorfor og samtidig ønske å endre sine arbeidsrutiner ved å ta i bruk den ikke-medisinske innovasjonen. Entreprenøren må også mobilisere den eller de som påvirker de andre sluttbrukerne til endring, og skape forankring i sitt kliniske miljø.

9 Implikasjoner

Basert på funn i diskusjonen og resultat av forskningsspørsmålene er det foreslått implikasjoner for entreprenøren, Helse-Norge, norske innovasjonsarenaer og videre forskning.

Implikasjoner for entreprenører: Resultatet fra case-studiet viser at entreprenøren må gjennom en lang og omfattende prosess for å gjennomføre salg av en ikke-medisinsk innovasjon. Om entreprenøren er ukjent med

helsesektoren oppfatter forfatter at omfanget av faktorene som svært vanskelige å komme seg igjennom. Entreprenører må ha utholdenhet og tro på sin ikke-medisinske innovasjon om S3 sin henvisning til at det tar 12 år å kommersialisere teknolog stemmer!

Det er viktig at entreprenøren enten har god kjennskap til regelverket selv, eller kan knytte seg opp mot noen som kan det. Forfatteren mener at entreprenøren bør jobbe for å helsesektoren til å benytte en konkurranseform som er egnet for innovasjonsprosjekter, for eksempel konkurranse med forhandlinger eller konkurransepreget dialog.

Implikasjoner for Helse-Norge: Som belyst i diskusjonskapittelet, har forfatteren belyst en rekke implikasjoner for Helse-Norge når det gjelder anskaffelsesprosessen av ikke-medisinsk innovasjon. Som diskutert er det en stor utfordring at Helse-Norge ikke har en god struktur for anskaffelse av innovasjon. Helsesektoren må derfor utvikle en god struktur for å ta i mot og følge opp ideer fra internt og eksternt, noe som samsvarer med anbefalingen fra [Grønli et al., 2012]. Innovasjon må inn i de overordnede planene og strategidokumenter for helseforetaket, og forankres på ledelsesnivå. Helsesektoren trenger en holdningsendring og opplæring for at ansatte skal tørre å satse på innovasjonsprosjekter. Helsesektoren må jobbe for å redusere adopsjonsrisiko gjennom å kunne pålegge ansatte å endre arbeidsrutinene sine for å oppnå besparelser gjennom å ta i bruk ny innovasjon.

Forfatteren mener at helsesektoren må bli mer åpen og kommunisere sine utfordringer og behov utad, slik at mulighetsrommet for innovasjon, også fra andre industrier, kan øke. Helsesektoren må gi rom for kjøp av innovasjon som avviker fra opprinnelig budsjett, gjennom for eksempel å øremerke innovasjonsmidler.

Helsesektoren bør involvere tredjeparter for å skape gode innovasjonsprosesser. K1 forteller at de som tredjepart har løst økonomiske utfordringer til helsesektoren gjennom dialog med de sluttbrukerne, for eksempel sykepleierne. Hun forteller at sykepleierne har mange gode ideer. K1 mener at det mangler mottakssentre for disse ideene ansatte i helsesektoren. S3

forteller at innovasjonsmiljøene finnes og tar imot ideer, men at de fleste ansatte ikke vet om dem. Helsesektoren må derfor tydelig kommunisere og forankre innovasjonsmiljøene i sin organisasjon, samt oppfordre ansatte til å tenke innovasjon i arbeidet sitt.

K1 forteller at i England er det ikke lov til å bruke skattebetalernes penger uten å vise til reelle situasjoner som tydeliggjør besparelse. K1 legger til at det samtidig kan være en utfordring for entreprenøren å gjennomføre testen med små økonomiske midler. Det kan like vel være interessant for helsesektoren å teste tilsvarende tiltak gjennom å lære av erfaringene fra England. Hvordan får for eksempel entreprenørene finansiert testene sine uten at skattebetalernes penger brukes?

Implikasjoner for norske innovasjonsarenaer: Innovasjon Norge og InnoMed er presentert som to viktige støtteordninger i case-studiet. Forfatter anbefaler Helse-Norge å inkludere disse i utvikling av en strukturert fremgangsmåte for introduksjon av innovasjon.

Det kommer frem i case-studiet at InnoMed er kjent blant sykehusrepresentantene, men ikke entreprenørene. InnoMed bør derfor jobbe for å bli mer synlig som innovasjonsarena for FoU-prosjekt.

Ifølge E5 er en av utfordringene Posicom opplever med OFU-prosjektet, at den økonomiske støtten kun bidrar til å dekke produktutviklingskostnader. Innovasjon Norge bør derfor tydeliggjøre støtteordninger tilsvarende OFU-prosjekt som dekker andre kostnadsbærere enn produktutvikling, eventuelt utvikle nye støtteprogram relatert til OFU-ordningen.

Implikasjoner for videre forskning: Dette case-studiet har sett på faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren. Det har gjennom case-studiet blitt tydelig at mangel på innovasjonsfokus i helsesektoren hemmer innovasjonsmulighetene som kan effektivisere helsesektoren og imøtekomme morgendagens behov. Dette er spesielt med tanke på eldrebølgen. Basert på case-materialet kan det utføres et case-studie om hvorfor det er lite innovasjon i

helsesektoren, eller hva som bremses innovasjonssatsing i norsk helsesektor. Som poengtert i caes-studiet er salgsprosessene enda tregere i helsesektoren enn i andre offentlige sektorer. Det kan derfor være interessant for videre forskning å se på om helse-entreprenører er mer utholdende enn andre entreprenører.

Referanser

- F. Aagaard. Markedsundersøkelse for norsk møteforum, 2009. URL http://miniforetak.no/images/stories/M_forum_PRM_selgerstolt.pdf.
- H. P. Aarseth, A. Pedersen, J. Reitan, and M. Rørvik. Behovsdrivet innovasjon - 10 steg til innovasjon i helsesektoren. WEB, 2011.
- A. Agarwal, E. Harmon, and M. Viertler. Cutting sales costs, not revenues. *The McKinsey Quarterly*, 2, 2009.
- T. Astebro and S. Elhedhli. The effectiveness of simple decision heuristics forecasting commercial success for early-stage ventures. *Management Science*, 52(3):395–409, March 2006.
- A. K. Berg, M. Lauvås, and M. Punnerud. Entreprenørens salgsrolle: Faktorer som effektiviserer løsningsorienterte salgsprosesser. Prosjektoppgave NTNU, Januar 2013.
- G. Bhatt. Organizing knowledge in the knowledge development cycle. *Journal of Knowledge Management*, 4(1):15–26, 2000.
- A. Bhide. The origin and evolution of new businesses. *The Oxford University Press*, January 1999.
- S. Blank. *The Four Steps to the Epiphany*. USA: Lulu Press, August 2006.
- S. Blank and B. Dorf. *The Startup Owner's Manual - The Step-By-Step Guide for Building a Great Company*. K and S Ranch, 1 edition, 2012.
- Z. Block and I. C. MacMillan. Milestones for successful venture planning. *Harvard Business Review*, 5(85):184–196, 1985.
- R. S. Burt. The network structure of social capital. *Research in Organizational Behaviour*, 22:345–423, 1993.
- M. Casson. *The Entrepreneurship: An Economic Theory*. New Jersey: Rowman and Littlefield, 1982.
- N. C. Churchill and V. L. Lewis. The five stages of small business growth. *Harvard Business Review*, 1983.

S. Davenport. Exploring the role of proximity in sme knowledge-acquisition. *Research Policy*, 34(5):683–701, April 2005.

Business Dictionary. Seller. WEB, 05 2013. URL <http://www.businessdictionary.com/definition/seller.html>.

M. Dixon and B. Adamson. *The Challenger Sale: Taking Control over the Customer Conversation*. Penguin Group US, 2011.

S. Doh and E. J. Zolnik. Social capital and entrepreneurship: An exploratory analysis. *African Journal of Business Management*, 5(12):4961–4975, 2011.

E1. Entreprenør 1. Intervju.

E2. Entreprenør 2. Intervju.

E3. Entreprenør 3. Intervju.

E4. Entreprenør 4. Intervju.

E5. Entreprenør 5. Intervju.

B. Edvardsson, M. Holmlund, and T. Strandvik. Initiation of business relationships in service-dominant settings. *Industrial Marketing Management*, (37):339–350, 2008.

K. M. Eisenhardt. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4):532–550, 1989.

L. Eriksson. Årets gründer i stockholm: Ikke vær så pysete, norrbaggar!, 2012.

D. Evans and L. Leighton. Some empirical aspects of entrepreneurship. *The American Economic Review*, 79(3):519–535, 1989.

Direktorat for forvaltning og IKT. Ulike typer innovasjon. URL <http://www.anskaffelser.no/tema/innovasjon/mer-om-innovative-anskaffelser/>

European Forum for Public Procurement of Healthcare Innovation. 1st european forum for public procurement of healthcare innovation. WEB, 2013. URL <http://www.salons-sante-autonomie.com/en/conferences-congress/1st-european>

- L.-J. Frøyland. Styresak: Felles regional utredning for å fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser, 2012.
- J. Graham. Staying on top of the sales game. *Journal of Business Strategy*, 26(3):35–42, 2003.
- B. Grønli, K. J. Istad, T. Wistner, M. Schei, G. Solli, J. Heggstad, L.-J. Frøyland, A. Pedersen, C. Brovold, T.-A. Haug, T. K. Nilsen, M. Westlie, E. Sundholm, M. Holter-Sørensen, and H. Kildal. Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialhelsetjenesten gjennom offentlig anskaffelser. Web, Februar 2012.
- A. Halinen and J.Å. Törnroos. Using case methods in the study of contemporary business networks. *Journal of Business Research*, 58:1285–1297, 2005.
- Á. Halldórsson and J. Aastrup. Quality criteria for qualitative inquiries in logistics. *European Journal of Operational Research*, 144(2):321–332, 2003.
- L. Hedaa. Customer acquisition in sticky business markets. *International Business Review*, 5(5):509–530, 1996.
- IN. Om oss, Mai 2013. URL <http://www.innovasjon Norge.no/Om-Oss/>.
- R. D. Ireland, M. A. Hitt, and D. G. Simon. A model of strategic entrepreneurship: The construct and its dimensions. *Journal of Management*, 29(6):963–989, 2003.
- K1. Konsulent 1. Intervju.
- I. M. Kirzner. Creativity and/or alertness: A reconsideration of the schumpeterian entrepreneur. *Review of Austrian Economics*, 11:5–17, 1999.
- Steinar Kvale. Doing interviews. page Kindle: location, 2007.
- L. Lachmann. *The market as an economic process*. Oxford: Basil Blackwell, 1986.

- Y. S. Lincoln and E. G. Guba. *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications, 1985.
- E. Lorentzen. Økt innovasjonseffekt av offentlig anskaffelser. *Nærings- og Handelsdepartementet*, 2012.
- R. McAdam and R. Reid. Sme and large organisation perceptions of knowledge management: comparisons and contrasts. *Journal of Knowledge Management*, 5(3):231–241, 2001.
- R. N. McMurry. The mystique of super-salesmanship. *Harvard Business Review*, 1961.
- J.R. Meredith. Building operations management theory through case and field research. *Journal of Operations Management*, 16(4):441–454, 1998.
- M. Miles and A.M. Huberman. *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- W. C. Moncrief and G. W. Marshall. The evolution of the seven steps of selling. *Industrial Marketing Management*, 34(1):13–22, 2005.
- W. Murphy and P. A. Dacin. Sales contest: A research agenda. *Journal of Personal Selling And Sales Management*, 18(1):1–17, 1998.
- R. L. Oliver. Expectancy theory prediction of salesmen's performance. *Journal of Marketing Research*, 11:243–253, 1974.
- M. Presutti, C. Boari, and L. Fratocchi. Knowledge acquisition and the foreign development of high-tech start-ups: A social capital approach. *International Business Review*, 16(1):23–46, 2007.
- Regjeringen. Et nyskapende og bærekraftig Norge. WEB: Nærings og Handelsdepartementet. URL <http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-1>
- E. Rise. *The Lean Startup: How Today's Entrepreneurs Use Continuous Innovation to Create Redicably Successful Businesses*. Crown Business, 2011.
- L. Rosell. *Salgsteknikk*. Adekvat Info AS, 2006.

- S1. Sykehusrepresentant 1. Intervju.
- S2. Sykehusrepresentant 2. Intervju.
- S3. Sykehusrepresentant 3. Intervju.
- S4. Sykehusrepresentant 4. Intervju.
- S5. Sykehusrepresentant 5. Intervju.
- S. Sarasvathy. Causation and effectuation: toward a theoretical shift from economic inevitability to entrepreneurial contingency. *The Academy of Management Review*, 26(2):243–263, 2001.
- J. A. Schumpeter. The theory of economic development: An inquiry into profits, capital, interest, and the business cycle. *Harvard University Press*, 1934.
- S. Shane and D. Cable. Network ties, reputation and the financing of new ventures. *Management Science*, 48(3):364–381, 2002.
- Nicolaj Siggelkow. Persuasion with case studies. *Academy of Management Journal*, 50(1):20–24, 2007.
- Helse Sør-Øst. Sykehuspartner - om oss. WEB, Juni 2013. URL <http://www.sykehuspartner.no/omoss/Sider/side.aspx>.
- Under30CEO. What one skill do all entrepreneurs need to succeed. WEB, 2013. URL <http://under30ceo.com/what-one-skill-do-all-entrepreneurs-need-to-succeed>.
- F. E. Webster and Y. Wind. A general model for understanding organizational buying behavior. *Marketing Management*, 4(4):52–57, 1996.
- M. Wybo. The it sales cycle as a source of context in is implementation theory. *Information and Management Journal*, 44(4):397–407, 2007.
- R. K. Yin. *case Study Research, Design and Methods*. Sage Publications, 4 edition, 2009.

A Intervjuguide - Sykehusrepresentant

Intervjuinfo

Intervju nr

Hvem

Rolle

Dato/Tid

Lokalisert

Kommunikasjonsform

Språk

Opptak

LinkedIn

Humør

Positur

Annet merkbart

Lengde

Start

Formål: *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren*

Greit å gjøre opptak?

Selve intervjuet

Kan du starte med å fortelle om bakgrunnen din?

Hvordan gjennomfører du anskaffelser i dag?

Hvorfor gjør dere det på den måten?

Kan du fortelle meg om anskaffelsesprosessen i helsesektoren?

Hvilke erfaring har du med innkjøp av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren?

Hva ser du på som den største utfordringen når det gjelder innkjøp av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren?

Hvordan løser du denne utfordringen?

Hvorfor gjør du det på den måten?

Hva bør leverandør/selger gjøre for å løse denne utfordringen?

Kan du beskrive den siste anskaffelsen du gjorde av ikke-medisinsk innovasjon?

Hvilke tips har du til en som skal starte med salg til helsesektoren uten tidligere erfaring?

Avslutning

Vil du legge til noe mer?

Er det noen andre du vil anbefale meg å snakke med?

Er det noe litteratur du vil anbefale meg å lese?

B Intervjuguide - Entreprenør

Intervjuinfo

Intervju nr

Hvem

Rolle

Dato/Tid

Lokalisert

Kommunikasjonsform

Språk

Opptak

LinkedIn

Humør

Positur

Annet merkbart

Lengde

Start

Formål: *Å identifisere faktorer som er avgjørende for å gjennomføre salg av ikke-medisinske innovasjoner til den norske helsesektoren*

Greit å gjøre opptak?

Selve intervjuet

Kan du starte med å fortelle om bakgrunnen din?

Hvordan gjennomfører du salg i dag?

Hvorfor gjør dere det på den måten?

Kan du fortelle meg om salgsprosessen til helsesektoren?

Hvilke erfaring har du med salg av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren?

Hva ser du på som den største utfordringen når det gjelder salg av ikke-medisinsk innovasjon til helsesektoren?

Hvordan løser du denne utfordringen?

Hvorfor gjør du det på den måten?

Hvilke erfaring har du med å selge til helsesektoren?

Beskriv en god selger

Hvordan håndterer du nederlag i salgssituasjonen?

Hvilke tips har du til en som skal starte med salg til helsesektoren uten tidligere erfaring?

Avslutning

Vil du legge til noe mer?

Er det noen andre du vil anbefale meg å snakke med?

Er det noe litteratur du vil anbefale meg å lese?