

## RAPPORT

# INNOVATIV OFFENTLIG ANSKAFFELSE AV ELEKTRONISKE MEDISINERINGSSTØTTE LØSNINGER

Larvik, April 2019

**Deltakende kommuner:**

Bergen, Trondheim, Lørenskog, Skedsmo, Voss, Fet, Malvik, Melhus, Skaun, Midtre Gauldal, Skien, Tønsberg, Holmestrand, Sande i Vestfold, Færder, Bamble, Høylandet, Bindal, Grong, Ørland, Bodø, Røst, Rødøy, Røyrvik, Seljord, Bø, Nome, Sauherad og Larvik

Marija Stanarevic, Elisabeth Sørensen  
Larvik kommune

## Forord

Med denne rapporten ønsker vi å formidle våre erfaringer, belyse noen utfordringer og gi innspill til fremtidige lignende anskaffelser.

Denne rapporten beskriver våre erfaringer med innovativ anskaffelse av elektronisk medisineringsstøtte fra start til signering av kontrakter. Rapporten kan være til hjelp for kommuner som skal anskaffe denne type teknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. Men, gir også grunn til refleksjon rundt hvordan felles innovative anskaffelser bør organiseres.

Det er mange fordeler ved at kommuner samarbeider om slike anskaffelser, men det er behov for å se på muligheter for bedre samhandlingsverktøy og ressursutnyttelse på tvers av kommuner.

Da vi fikk oppdraget i 2016 hadde vi ikke sett for oss at det skulle ta så lang tid og kreve så mye ressurser. Men hele prosessen har vært veldig lærerikt for alle parter, både leadkommunen, samarbeidskommuner og leverandører.

Vi har erfart hvor viktig det er å stille krav til leverandører og teste valgte løsninger, selv om de har vært i bruk i flere år og regnes som «hyllevare». I tillegg har vi blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å se ulike avtaler i sammenheng, som f.eks. avtale på pakking av multidoser og avtale om medisineringsstøtte løsninger.

## INNHold:

1. Bakgrunn.....	3
2. Behov.....	4
2.1. Hva skulle anskaffes?.....	4
2.2. Behovskartlegging.....	5
2.3. Deltakende kommuner.....	6
3. Organisering.....	7
4. Dialog.....	8
4.1. Dialogkonferanse.....	8
4.2. En til en møter.....	10
5. Utarbeidelse av konkurransegrunnlag.....	11
5.1. Tilslutning til konkurransegjennomføring.....	11
5.2. Kravspesifikasjon.....	13
5.3. Brukerhistorier.....	14
5.4. Valg av avtaler og konkurranseform.....	18
6. Kvalifikasjons- og konkurransegrunnlag.....	18
6.1. Kvalifikasjonsgrunnlag prekvalifisering.....	18
6.2. Konkurranse med forhandlinger.....	19
7. Konkurransegjennomføring.....	19
7.1. Evaluering av tilbud.....	20
7.2. Forhandlinger.....	20
7.3. Kontraktinngåelse.....	21
7.4. Felles innføringsprosjekt.....	22
8. Avslutning.....	23

## 1. BAKGRUNN

Larvik kommune var deltaker i Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet fra starten i 2014. Kommunen gjennomførte prosjekt om GPS\lokaliseringsteknologi. Oppdraget var å teste teknologien og følge med på hvilke effekter bruk av GPS\lokaliseringsteknologi hadde for brukere, pårørende og ansatte. Samtidig skulle vi se på hvordan det å ta i bruk GPS\lokaliseringsteknologi påvirket hvordan kommunen gir tjenester til innbyggerne.

Parallelt med at kommunen tok i bruk GPS\lokaliseringsteknologi, med følgeforskning fra SINTEF, og jobbet med organisering av tjenesten, startet arbeidet med å ta i bruk flere trygghets- og sikkerhetsteknologier. Det ble blant annet etablert et pilotprosjekt med å ta i bruk en elektronisk medisineringsstøtteløsning.

I 2016 ble Larvik Kommune spurt av Velferdsteknologiprogrammet om kommunen kunne lede en innovativ offentlig anskaffelse av elektroniske medisineringsstøtteløsninger. Det ble enighet om at vi skulle gjennomføre anskaffelsen, og vi etablerte en prosjektgruppe i Larvik. Leverandørutviklingsprogrammet jobbet tett sammen med Larvik kommune for å starte og gjennomføre en innovativ anskaffelse og for å rekruttere kommuner til deltakelse i anskaffelsen.

I november 2016 gjennomførte vi informasjonsmøte for interesserte kommuner. Alle de 30 kommunene i Velferdsteknologiprogrammet ble invitert. Det ble også alle Vestfoldkommunene og andre kommuner som vi visste ønsket å anskaffe elektroniske medisineringsstøtteløsninger.

Bakgrunn for anskaffelsen var ønske om økt kvalitet, selvstendighet, frihet for bruker og mer effektive tjenester.

I dag bruker kommunens hjemmetjenester en betydelig andel av sine ressurser til håndtering og bistand til brukers medisinerings, fra kontakt med fastlege, bestilling på apotek og til å påse at bruker tar sin medisin. Her inngår mange manuelle rutiner som både er tidkrevende og kan innebære en kilde til feil eller mangelfull medisinerings. Brukere opplever også at det er uforutsigbart når pleiere kommer og det er fare for at viktige medisiner ikke inntas til forskrevet tid.

Det er derfor behov for i større grad å ta i bruk løsninger som gjør innbyggere mer selvhjulpne og som samtidig reduserer feilmedisinerings. Feilmedisinerings er et potensielt problem for brukere som tar en viss mengde medikamenter, både i forhold til at medisiner tas til feil tidspunkt eller i feil mengde.

Elektroniske medisineringsstøtteløsninger har stor potensiale for å avlaste tjenesten i forhold til hjelp til medisinerings. Gevinstrealiseringsrapporter i kommuner som har pilotert denne teknologien viser store potensielle gevinster. Elektronisk medisineringsstøtte kan gjøre det mulig for kommuner å oppnå målene om at innbyggere skal kunne bo lengre hjemme og oppleve større egenmestring og trygghet, fortsette å være aktive og forebygge feilmedisinerings. Samtidig som det frigjør ressurser i tjenesten.

## Tidslinje anskaffelsen



## 2. BEHOV

Larvik ble utfordret av Velferdsteknologiprogrammet på å bruke mulighetsrommet – vi skulle

- Ikke la oss begrense av dagens tjeneste
- Tenke tjenesteinnovasjon og overføring av oppgaver til andre aktører
- Gjøre leverandørene medansvarlige for å oppnå gevinsten

Disse utfordringene ga oss et vidt mandat, men det medførte også behov for avklaringer med Helsedirektoratet, grundig vurdering av muligheter innenfor regelverket og behov for å forstå hvilke muligheter andre leverandører av for eksempel transporttjenester har for å bidra innenfor dette oppdraget. Disse avklaringene medførte at prosessen dro ut i tid, før kommunene kunne starte arbeidet med konkurransegrunnlaget.

Målet med å gjennomføre en felles anskaffelse var å samle kompetansen fra flere kommuner, for å få gode behovsanalyser og god innkjøpskompetanse. Vi så også større mulighet for å utfordre markedet på nye løsninger når vi var mange kommuner sammen.

### 2.1 Hva skulle anskaffes?

Vi hadde mål om å anskaffe en eller flere løsninger som dekker tjenestemottakernes behov for hjelp til medisinerings, samt ansattes behov for håndtering og administrering av løsninger og avlaster ellers en presset helse- og omsorgstjeneste i kommuner.

Med utgangspunkt i utfordringen vi fikk fra Velferdsteknologiprogrammet, planla vi en anskaffelsesprosess der vi skulle anskaffe utstyr og tjenester «Fra apotek til mage». Vi skulle utfordre markedet på å levere en tjeneste som inneholdt både medikamenter og leveranse av dem, og utstyr som kan bidra til at innbyggerne i større grad klarer å håndtere medisinerings sin selv.

Regelverk og avtaler viste seg å stoppe denne ambisiøse anskaffelsen. Det resulterte i at anskaffelsen ble endret til å skulle anskaffe elektroniske medisineringsstøtteløsninger.

Avtalen gir kommunene mulighet til å forhandle med sitt apotek eller medikamentleverandør om pakking av medikamenter i de ulike løsningene.

Oppdraget ble endret underveis og dette førte til at hele prosessen tok mye lengre tid. Mye tid og ressurser ble brukt for å utrede mulighet om anskaffelse av hele tjenesten «fra apotek til mage». Det var krevende å sette seg inn i all lovverk på området, samt å finne ut av vilkår i «apotekavtalen» som regulerer pakking og levering av multidose til kommuner. Det gjorde det ikke enklere at deltakende kommuner hadde ulike «apotekavtaler» å forholde seg til.

Hjelp til administrering av medisiner er et strengt regulert området når kommunehelsetjeneste skal bistå med medisineringen. Selv om det er flere aktører involvert i tjenesten, er det kommunen som har hovedansvaret, og tjenesten bruker mye tid til både koordinering mellom fastlege, spesialist og apotek, dosering og levering av medisiner, observasjon og hjelp til brukere om å ta medisiner.

## 2.2 Behovskartlegging



Bilder: Behovskartleggingsworkshop, februar 2017 (SINTEF)

For å kartlegge behov hos innbyggerne som har behov for bistand til medisiner og behovene til de ansatte som skal håndtere løsningene, gjennomførte vi to dager med behovskartlegging i februar 2017. I disse to dager hadde vi fokus på erfaringsutveksling, kartlegge behov til ansatte og kommunehelsetjenesten, samt behov til innbyggere og brukere. En dag var innbyggere med ulike utfordringer invitert til workshop, og fokus var å kartlegge og beskrive deres behov knyttet til medisiner. Dag to var det fokus på ansattes behov. Behovskartleggingen var vellykket og vi fikk samlet mange ulike interessenter (brukere, pårørende, brukerorganisasjoner og brukerråd, ansatte fra ulike virksomheter og nivåer i organisasjonen, lege, farmasøyt). Også deltakere fra samarbeidende kommuner var med på workshopen.

SINTEF bisto med å gjennomføre behovskartleggingskonferansen. Det kom fram mange ulike behov og innspill som SINTEF oppsummerte og kategoriserte. Det ble utarbeidet en rapport med oppsummering. Dette la grunnlag for de 4 brukerhistoriene som ble «grunnmuren» i anskaffelsen.

I tillegg ble det utarbeidet en Tjenestereisemodell som omfattet hele prosessen med medisinerings. Fra bruker fikk vedtak til hjelp og medisin ble forordnet av lege til medisin ble tatt av bruker. Tjenestereisen ble kalt «fra apotek til mage» og var grunnlag for videre dialog med markedet.

Behovskartleggingen viste tydelig at det var behov for mer enn en medisindispenser for å løse utfordringer knyttet til medisinerings. Brukere trenger mer hjelp enn kun påminning og mange har utfordringer med å håndtere multidoseposer.

Vi ønsket også å finne løsninger som kunne avlaste hele- og omsorgstjenester i noen av disse oppgavene: koordineringsrolle, transport og levering av medisiner. Dagens regelverk er dessverre ikke tilpasset innovative løsninger og gjør det vanskelig for kommuner å anskaffe tjenester fra private aktører når det gjelder disse oppgavene.

## 2.3 Deltakende kommuner

Etter informasjonsmøtet var det flere kommuner som meldte seg på og ønsket å delta. Det var stor spredning i kommunene i forhold til «modenhet». Det ga seg utslag i forskjeller i hvor mye man hadde jobbet med forankring i egen kommune, erfaringer med medisineringsstøtteløsninger, kartlegging av behov og planer om anskaffelse.

I samråd med Leverandørutviklingsprogrammet som gjennomførte samtaler med alle kommunene, besluttet vi å dele kommunene i to grupper. Gruppe 1 var de kommunene som var helt klare på at de skulle delta i anskaffelsen og som hadde mandat til å gå inn i den. Gruppe 2 var de kommunene som var mer usikre. Kommuner i gruppe 1 har vært sentrale i hele anskaffelsen og de har bidratt aktivt i flere av fasene i anskaffelsen. Blant kommunene i gruppe 2 har noen falt fra mens andre har fulgt prosessen og deltatt i anskaffelsen.

Kommunene i gruppe 1 har fungert som en prosjektgruppe for anskaffelsen. De har bidratt inn i prosessen og blant annet vært med på å utarbeide dialognotat, arbeidet med konkurransegrunnlag og evaluering av tilbud.

Fra starten var disse kommuner med: Oslo, Bergen, Trondheim, Lørenskog, Skedsmo, Voss, Nedre Eiker, Øvre Eike og Larvik.

Rett før konkurransegrunnlaget skulle legges ut og konkurransen ble kunngjort, ble det sendt ut en henvendelse til mange kommuner med mulighet for å melde seg på. Det var det mange kommuner som valgte å gjøre, og det endte opp med at 29 kommuner samlet seg i denne anskaffelsen. Disse kommunene har deltatt: Bergen, Trondheim, Lørenskog, Skedsmo, Voss, Fet, Malvik, Melhus, Skaun, Midtre Gauldal, Skien, Tønsberg, Holmestrand, Sande i Vestfold, Færder, Bamble, Høylandet, Bindal, Grong, Ørland, Bodø, Røst, Rødøy, Røyrvik, Seljord, Bø, Nome, Sauherad og Larvik.

Til sammen har disse kommuner omtrent 1 million innbyggere.

Samarbeid med deltakende kommuner har vært god. Kommuner har vært delt i de som bidro med ressurser og kunne aktivt påvirke anskaffelsen og de som var med som følgekommuner. Følgekommuner fikk kanskje ikke samme læring og forståelse for prosessen underveis.

### 3 ORGANISERING

Anskaffelsen var organisert som et prosjekt med Kommunalsjefen i Larvik kommune som prosjekteier, ved Karen Kaasa (tom 31.12.2017) og Guro Winsvold (fom 1.1.2018).

Prosjektet var ledet av prosjektleder i Larvik kommune, ved Elisabeth Sørensen frem til høsten 2017 og Marija Stanarevic, etter det. I tillegg har Anders Hauso (IT ressurs), innkjøps sjef Torstein Åkra, kommuneadvokat Merete Lindhjem og Aase Tømte vært deltakende fra Larvik kommune. Øvrige ressurser ble koblet på etter behov. Prosjektleder har hatt hovedansvaret for oppfølging av prosjektet iht. avtalt fremdriftsplan.

Prosjektgruppen besto av deltakere fra samarbeidende kommuner, som var med fra starten.

De som deltok i prosjektet er:

- Inger Larsen og Sidsel Sunde-Tveit (Bergen kommune)
- Marianne Næsland Formanek og Kirsti Fosslund Brørs (Trondheim kommune)
- Torunn K. Leren og Øivind Antonsen (Lørenskog kommune)
- Anne Joran Stakkerud, Kari-Anne Amlie og Lene Gulbrandsen (Skedsmo kommune)
- Laila Nystad (Voss kommune)

Disse var med kun i første fasen:

- Monica Trøan og Karin Østerbø Gabrielsen (Oslo kommune)
- Sissel Eriksen (Nedre Eiker kommune)
- Kristina Bauhr (Øvre Eiker kommune)

Alle andre deltakende kommuner hadde også utnevnt en prosjektleder/kontaktperson hver, men disse var ikke aktivt delaktige i prosjektet.

Det ble opprettet en styringsgruppe for prosjektet, ledet av kommunalsjef i Larvik kommune. Øvrige styringsgruppedeltakere var: Aase Tømte (Larvik kommune) og Torgeir Fjermestad (Trondheim kommune). Styringsdokument ble utarbeidet som grunnlag for tilslutning fra kommuner.

Gjennom hele prosessen har vi fått god støtte og hjelp fra Riche Vestby og Cecilie Møller Endresen fra Leverandørutviklingsprogrammet. De har hjulpet oss med å organisere og fasilitere samlinger og workshoper, veiledet og motivert oss gjennom hele prosessen og kommet med gode råd og tips.



Forankring lokalt har vært en utfordring på grunn av organisasjonsendringer, lederskifte og prosjektlederskifte. Dette har også påvirket styringsgruppen.

## 4 DIALOG

Prosjektgruppen utarbeidet et dialognotat. Dette notatet beskrev ulike utfordringer knyttet til medisinerings, behovene som ble kartlagt i behovskartleggingskonferansen og mulighetsrommet der leverandørene ble utfordret på å komme med nye løsninger som kunne bidra til å dekke behovene. Visjonen om å anskaffe «Fra apotek til mage» ble lansert med Tjenestereise modellen. Dialognotatet fulgte invitasjonen til dialogkonferansen.

### 4.1 Dialogkonferanse

Dialogkonferansen ble avholdt på Gardermoen i april 2017.

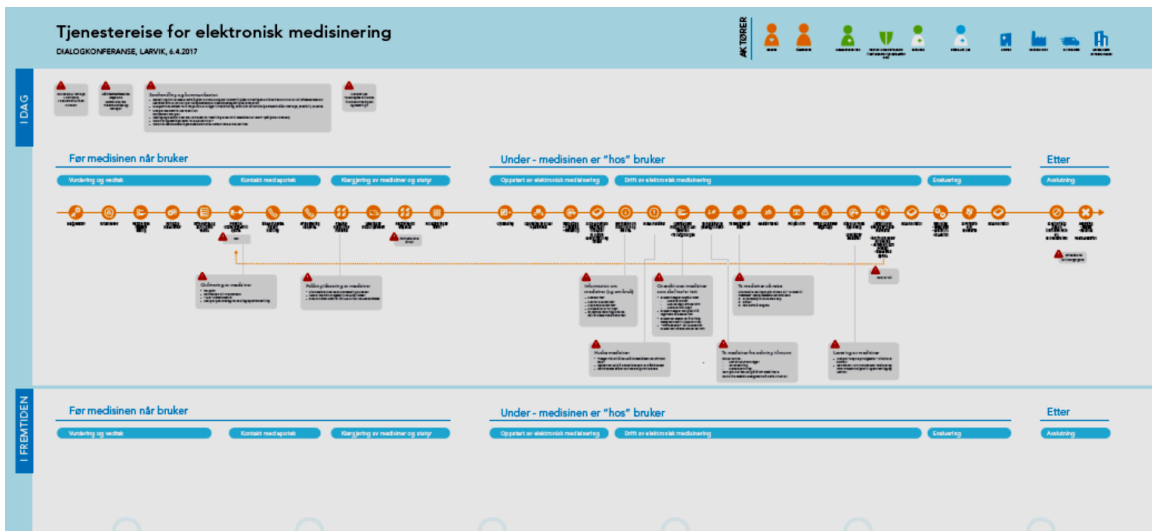
Til dialogkonferansen var det utarbeidet en tjenestereise for elektronisk medisineringsstøtte, som beskrev de områdene eller punktene i dagens tjeneste som er utfordrende.

På konferansen jobbet leverandører og ansatte fra kommunene sammen for å komme med innspill til hvordan disse punktene kan forbedres og løses. Hensikten var også at leverandørene skulle få et innblikk i og forståelse av den komplekse tjenesten som medisineringsstøtte er. Det er mange aktører involvert og det er mange trinn i prosessen der det er mulig å gjøre feil.

Dialogen på konferansen dreide seg om

- Finnes det løsninger, eller må tjenesten utvikles
- Er dette interessant for leverandørene
- Hvordan kan en slik tjeneste integreres med våre egne leveranser

Det var mange deltakere på dialogkonferansen. Det var leverandører av medisineringsløsninger, transport og logistikkfirmaer, apotekkjeder og ansatte fra kommunene i anskaffelsen.



Tjenestereise «Fra apotek til mage», Dialogkonferanse april 2017

<http://innovativeanskaffelser.no/wp-content/uploads/2017/01/elektronisk-medisinering-dialogkonf-larvik-003.pdf>

Larvik, Oslo og Trondheim med SINTEF presenterte først kommunenes behov. Etter dette var det workshop med leverandører, hvor de skulle komme med tilbakemeldinger på tjenestereise «fra apotek til mage». Alle deltakere ble delt i grupper, som var sammensatt på forhånd, med ulik kompetanse og med deltakere fra både kommuner og leverandører.

Vi ønsket å få svar på følgende:

- 1- Kan vi tenke nytt rundt roller i tjenesteforløpet? og
- 2- Hvordan kan teknologien stimulere til økt selvstendighet og mestring?

Innspillene vi fikk skulle også kategoriseres slik:

- a) hva som kan løses nå
- b) kan løses på kort sikt
- c) krever lenger utviklingsløp

Etter dialogkonferansen ble det klart at det var behov for å ha en grundig gjennomgang av hva vi skulle anskaffe. Det ble tydelig at det var flere ting som gjorde at vi måtte justere anskaffelsen og at det ikke lot seg gjøre å se på hele tjenesten «Fra apotek til mage».

Generell tilbakemelding var at vi bør anskaffe teknologi som finnes i dag og eventuelt samtidig begynne å jobbe med utviklingsløp for å løse andre utfordringer på sikt.

Dialog med markedet er viktig og vi gledet oss til å vise våre ønsker og behov til leverandører og finne ut hva som er realistisk å få til. Det var spennende å presentere den store visjonen «fra apotek til mage».

Workshopen var god med mye diskusjon i gruppene, hvor vi ble bedre kjent med leverandører og hva som er mulig å få til i dagens marked. Vi fikk mange interessante innspill, mens noen etablerte aktører var mer kritiske til at det var mulig å få til noen endringer.

Vi hadde ønsket at flere leverandører skulle finne samarbeidspartnere på dialogkonferansen. For at vi skal få til den utviklingen i markedet som vi ønsker er det viktig at leverandører er villige til å samarbeide med andre aktører. Samtidig ser vi at regelverket også hindrer innovasjon på dette området.

Det var nyttig at apotekleverandører også var med på dialogkonferansen, da de er viktige aktører i medisineringsstjenesten. Ved siden av kjente velferdsteknologi og medisineringsstøtte leverandører, var det også flere logistikk leverandører med på dialogkonferansen. Denne type leverandører bidrar ved levering av medisiner og drift av medisineringsstøtteløsninger i andre land. På grunn av strengere regelverk, er dette ikke like aktuelt i Norge foreløpig.

## 4.2 En til en møter

En til en møter ble gjennomført i juni 2017.

Leverandører som ønsket å delta meldte seg på og de leverte en presentasjon der de svarte opp utfordringene som var presentert på dialogkonferansen og i dialognotatet.

Leverandørene skulle svare på hvordan deres løsning kunne dekke de beskrevne behovene og utfordringen, og de ble oppfordret til å samarbeide på tvers av bransjene.

Det var totalt 8 møter med 9 leverandører, inkludert 2 apotekkjeder.

Leverandører skulle vise til hvordan deres løsning kunne dekke behovene, presentert på dialogkonferansen. I tillegg fikk alle leverandører et utvalg spørsmål som de kunne forberede seg på, på forhånd. Spørsmålene var like for alle leverandørene.

Det var få leverandører som samarbeidet med andre om leveransen og på en til en møte.

De fleste leverandører presenterte sine kjente løsninger uten å reflektere mye over kommunenes behov som ble presentert på dialogkonferansen og svarte ikke på våre utfordringer.

Flere leverandører svarte at de kunne tenke seg å levere hele tjenesten fra apotek til mage, men kunne ikke svare konkret på spørsmål om når dette kunne leveres.

Det var interessant å ha apotekleverandører på en-til-en møter. Det var tydelige forskjeller i deres syn på løsninger. Ved å bli bedre kjent med disse leverandører, ser vi at det er en del ting vi bør tenke på ved fremtidige anskaffelser av pakking av multidose og legemidler til institusjon. Vi erfarer at det allerede har blitt større fokus på «apotekavtaler» etter denne anskaffelsen og at mange kommuner ser at disse bør koordineres.

Det kan være lurt å samordne disse anskaffelser bedre i fremtiden. Vi ser at medisineringsstøtte anskaffelse påvirkes og begrenses av nåværende apotekavtaler.

Dette ble nylig veldig tydelig, da en del kommuner fikk store utfordringer bl.a. med multidosedispensere som ikke kunne lese nye multidoseposer. Endringer som gjøres ved utforming eller utseende av multidoseposer bør meldes fra apotek direkte til medisineringsstøtte leverandører på forhånd, slik at de kan varsle kunder og tilpasse løsninger. Alternativt bør det innføres en standard for multidoseposer som bør være lik uansett leverandør.

Selv om multidose brukes mye i norske kommuner, ser vi at det finnes mange brukere som har behov for en mer fleksibel medisineringsløsning. Det er brukere som har hyppige endringer i medisineringsløsning eller brukere med svekket fingermotorikk, som ikke klarer å håndtere en multidosepose.

Kommuner har også behov for at medisineringsstøtteløsninger som i dag doseres manuelt også kan fylles på apotek.

## 5 UTARBEIDELSE AV KONKURRANSEGRUNNLAG

Utarbeidelsen av konkurransegrunnlaget startet på felles samling med workshop i Larvik september 2017. Følgende kommuner har deltatt og bidratt i dette arbeidet: Oslo, Bergen, Trondheim, Lørenskog, Skedsmo, Voss, Nedre Eiker, Øvre Eiker, og Larvik.

Her ble deltakere delt i 5 grupper, hvor 3 grupper skulle jobbe med brukerbehov til hver av de fire brukerhistoriene, en gruppe skulle jobbe med tekniske krav, og den siste gruppen jobbet med evalueringskriterier.

Samlet diskuterte vi innretningen på anskaffelsen og kom til beslutning om hva og hvordan vi skulle anskaffe. Med bakgrunn i dette, skulle samarbeidskommuner velge om de skulle tilslutte seg denne anskaffelsen.

### 5.1 Tilslutning til konkurransegjennomføring

Etter at vi ble enige om hva og hvordan vi skulle anskaffe på workshop i september 2017, utarbeidet Larvik kommune et styringsdokument og en prosjektplan for gjennomføring av

anskaffelsen, som skulle brukes til forankring og beslutning om tilslutning fra kommuner. Dette ble sendt til samtlige kommuner som var med fra starten i oktober 2017.

På dette tidspunktet, valgte Oslo, Nedre Eiker og Øvre Eiker kommuner å ikke bli med videre, av ulike årsaker. For Oslo, handlet det om allerede inngåtte avtaler med to leverandører på medisineringsstøtteløsninger, mens Nedre og Øvre Eiker sto foran sammenslåinger som påvirket innkjøpsavtaler.

Samtidig fikk vi henvendelse fra flere kommuner i Trøndelag om mulighet til å bli med på anskaffelsen og valgte å åpne opp for nye tilslutninger. Anskaffelsesteamet i Larvik hadde vurdert dette og kommet frem til at så lenge disse kommuner aksepterer våre betingelser kan vi åpne opp for deltakelse. Vi vurderte det slik at dette kunne øke det totale volum i anskaffelsen. Samtidig skulle nye kommuner som tilslutter seg avtalen så sent i prosessen bare akseptere utarbeidede dokumenter og beslutninger som er tatt i denne prosessen frem til da, og ikke kunne ha påvirkning i videre prosess.

Alle kommuner i Vestfold og Telemark fikk på nytt invitasjon til å bli med og jungeltelegrafene spredte seg i resten av Norge. Dette førte til at over 20 kommuner benyttet seg av denne invitasjonen og tilsluttet seg anskaffelsen innen desember 2017. Disse kommuner er: Fet, Malvik, Melhus, Skaun, Midtre Gauldal, Skien, Tønsberg, Holmestrand, Sande i Vestfold, Færder, Bamble, Høylandet, Bindal, Grong, Ørland, Bodø, Røst, Rødøy, Røyrvik, Seljord, Bø, Nome og Sauherad.

Til sammen har 28 kommuner tilsluttet seg Larvik kommune i denne anskaffelsen.

I ettertid er vi usikre på hvor lurt det var å åpne opp for så mange tilslutninger så sent i prosessen. Det ble en del ekstra arbeid for Larvik kommune både når det gjelder konkurransegrunnlaget og avtaler. Samtidig som det har vært ressurskrevende å følge opp alle kommuner og sørge for at alle fikk nok informasjon og veiledning underveis.

For å mobilisere flere kommuner fra starten er det viktig at de får god informasjon og bedre beslutningsgrunnlag tidlig. Det er også viktig med tidlig avklaring hva de ulike kommunene ønsker å få ut av anskaffelsen og hva som er realistisk å ta hensyn til, med tanke på fremdrift og kompleksitet.

Det bør også vurderes om det kan være hensiktsmessig at alle kommuner som er med på en slik felles anskaffelse skal forplikte seg til å bidra med ressurser eller betale en tilslutningsavgift for å delta. Det kan bidra til at leadkommune har nok ressurser gjennom hele prosessen og at fremdriften blir raskere.

## 5.2 Kravspesifikasjon

Utgangspunktet og grunnlaget for kravspesifikasjon var 4 brukerhistorier og materialet som var utarbeidet i workshopen med deltakende kommuner.

Kravene ble delt i følgende kategorier:

1. Evalueringskrav:
  - Brukers behov
  - Ansattes behov
  - Generelle krav
  - Drift- og vedlikeholds krav
  
2. Minimumskrav:
  - Generelle minimumskrav
  - Krav til informasjonsutveksling med responscenter
  - Krav til informasjonsutveksling med EPJ
  - Minimumskrav til leie
  - Krav til samarbeid med apotek om pakking av pilledispensere

Punkt som ble spesielt drøftet var bl.a. å kjøpe eller leie løsninger. På grunn av ulike ønsker i kommuner og for å gjøre evalueringen enklere, ble det bestemt at en av brukerhistoriene skulle kun vurderes på leiepris, mens andre 3 kun skulle evalueres på kjøpspris. Men samtlige løsninger skulle kunne leies og leverandører skulle tilfredsstille minimumskrav til leie.

Det har vært krevende å tilfredsstille alle de ulike behovene i kommunene. På grunn av dette og omfanget på anskaffelsen, har kravspesifikasjonen blitt veldig kompleks.

Den er tilgjengelig for deling med andre kommuner, men det er viktig å gjøre en grundig behovsvurdering knyttet til egen organisasjon på forhånd. Ved gjenbruk bør den forenkles og tilpasses egen organisasjon.

Utfordringen i arbeidet med kravspesifikasjon er en avveining mellom å dekke alle behov og ikke overspesifisere, samt fordeling mellom minimumskrav og evalueringskrav.

Flere krav var like for de ulike brukerhistoriene og vi ser at leverandørene som svarte på flere brukerhistorier, svarte ofte likt på disse, uten å relatere særlig til brukerhistorien.

### 5.3 Brukerhistorier

Brukerbehov presentert gjennom fire brukerhistorier har vært grunnlag for denne anskaffelsen. De 4 brukerhistoriene er: Tone, Roar, Hans og Peder.

#### TONE



**Tone** er 66 år gammel og bor sammen med sin voksne sønn. Hun har lite nettverk utover sønnen og en søster. Hun har diagnose ustabil personlighetsforstyrrelse og er medikamentavhengig. Tone ivaretar dagligdagse rutiner og aktiviteter på egen hånd. Men hun har store utfordringer i forhold til medikamentavhengighet og i forhold til sin ustabile personlighetsforstyrrelse. Hun har også utfordringer med å forholde seg til avtaler og til tider har det blitt mange henvendelser om utlevering av ekstra medisiner.

Tone ble sagt opp av apoteket grunnet atferdsvansker. Hun fikk da innvilget bistand fra kommunen i form av medisinadministrering og samtaler. Hun får medisiner utlevert daglig av kommunehelsetjeneste. Hun ringer i tillegg for å undersøke muligheten for å få ut mer medisiner. Hun ringer nødetater og leger hyppig.

Tone har ingen problemer med å holde styr på medisiner og har ikke behov for påminning for å ta de. For Tone er det vanskelig å ha tabletter liggende da hun blir fristet til å ta alle på en gang.

Tone har behov for strengt regime og gode rutiner på administreringen av medisiner, samtidig som hun må oppleve trygghet på at hun får de medisinene hun skal ha til riktig tid 6 ganger om dagen. Hun kan ikke ha tilgang på flere medisiner enn akkurat den dosen hun skal ha til fastsatt tid. Tone kan få riktigere medisiner når hjemmesykepleien og legen får oversikt over når Tone tar medisin og om det er avvik. Tones medisiner er pakket i Multidoseposer.

## ROAR



**Roar** er 80 år og bor alene i leiligheten sin. Han har alltid vært aktiv, går mye ute og liker spesielt å gå lange turer. Men helsa hans begynner å skranke, og han har fått dårligere hørsel. Han har også hatt et hjerneinfarkt og fått konstatert hukommelsessvikt som en følge av dette.

Roar får fast dose medisiner 2 ganger om dagen i tillegg til smertestillende som han tar ved behov. Medisiner er pakket i Multidoseposer. Roar opplever at det har blitt vanskelig å huske å ta medisiner og vite hvilken han skal ta når. Roar får bistand fra kommunen til utdeling av medisin hver morgen og påminning på telefon på kveld. Kveldsdosen blir lagt frem på fast plass i eggeglass. Men hjemmesykepleien kommer ofte inn til ulike tider på formiddagen og han synes det er kjedelig å være bundet til hjemmet og vente på besøk. Det har også hendt at han har vært ute når pleiere har kommet med medisiner.

Roar klarer å ta medisiner selv, men trenger hjelp til påminning og å ta riktig dose og riktige piller. I tillegg har han dårlig hørsel og innimellom hører han ikke telefon når hjemmetjenesten ringer til han om kvelden.

Roar har også søkt kommunens tilbud for trygghet og trening og er innvilget opphold der i 2 uker annenhver måned fremover. Det er behov for han å enkelt og på egenhånd kunne ta med medisineringsstøtte løsningen dit. En helg i måneden tar Roar toget og besøker sin datter og barnebarn. Han har behov for å kunne ta med medisineringsstøtte løsningen sin med seg når han er på reise. Roar ønsker å håndtere medisinene sine selv og da trenger han hjelp til å bli varslet på en måte som han hører selv om hørselen er svekket.



## HANS



**Hans** er 22 år og bor alene i leiligheten sin. Leiligheten er i et bofellesskap der det er flere utviklingshemmede som har leilighet. Hans har også utviklingshemming. Han jobber på en tilrettelagt arbeidsplass fem dager i uka. Personalet som jobber i bofellesskapet hjelper Hans med daglige oppgaver som husarbeid og handling. Hans ivaretar sin hygiene, men han trenger påminning og motivering for å gjennomføre det. Hans har god kontakt med familien sin og han har gode venner som han liker å være sammen med på fritiden. Da er han ofte på farta og deltar på ulike treningstilbud og kulturarrangement.

Hans har epilepsi og må ta medisiner to ganger om dagen, og det er viktig at han tar de til omtrent samme tid hver dag. Sykdommen er likevel ikke stabil og dosen på medisiner varierer i perioder. Derfor kan det være behov for hyppige endringer i medisindoseringen eller tilleggs medisin i disse perioder. På grunn av hyppige endringer, pakkes ikke medisiner til Hans i Multidoseposer.

Klokka er vanskelig å forstå for Hans og det er ikke lett å forholde seg til tidspunkter. Han trenger å få en påminning når han skal ta medisinene, og han trenger hjelp for å vite hvilke medisiner han skal ta. Når han er hjemme, kan han få hjelp av personalet, men han synes de maser om så mange ting han må gjøre, så det er ikke alltid han er så ivrig på å ta medisinene. Han vil helst mestre dette på egen hånd.

De dagene han er ute på aktiviteter eller på besøk hos venner og familie, trenger han også å få en påminning. Han har behov for enkelt å kunne ta med seg medisiner og bli minnet og motivert på å ta de, uten at det føles stigmatiserende for han. Han ønsker helst å bruke smarttelefon til dette.

En gang i blant må Hans ta en kur med medisiner som varer i en uke. Da trenger han også å få påminning og hjelp til å ta riktig medisin.

I denne brukerhistorien burde vi ha stilt enda strengere krav til sikkerhet i produktet når det gjelder tilgang til medisiner og sikkerhet ved transport. Det burde også ha kommet frem at det er mange brukere her som «fikler» med ting og dermed kan utilsiktet få tilgang til medisiner.

## PEDER



**Peder** er 67 år og bor i leilighet sammen med sin kone. Hun er i jobb og Peder er mye hjemme alene på hverdagene. Han fikk hjerneblødning for ett år siden og har blitt lammet i venstre side av kroppen etter det.

Peder sitter i rullestol, han har litt kraft i venstre arm, men det er mange ting han ikke klarer å gjøre med hånden. Han trener tre ganger i uken, og opplever at den fysiske helsen blir bedre og at han klarer å gjøre mer og mer. Men den nedsatte funksjonen i hånden plager han mye i det daglige. Selv om han har fått mange hjelpemidler, er det mange oppgaver fortsatt som er vanskelig å utføre.

Peder må ta en del medisiner. Han husker som oftest at han skal ta de, men klarer ikke å få dem ut av pakningene. Konen har lagt tablettene i dosett, men han klarer ikke å åpne den med en hånd. Av samme årsak kan han ikke bruke Multidoseposer. Konen legger derfor medisiner i små åpne beholdere hver morgen, med en lapp om når han skal ta hvilke, slik at Peder kan ta disse på egen hånd mens hun er på jobb.

Peder ønsker å ta medisinerne selv, uten å være avhengig av påminning og hjelp fra andre. Da har han behov for muligheten til å ta medisinerne med en hånd. Konen har behov for å vite om han har tatt medisinerne til riktig tid når hun er på jobb, slik at hun slipper å bekymre seg for dette.

## 5.4 Valg av standardavtaler og konkurranseform

Etter fellessamlingen ble det bestemt at vi skulle anskaffe løsninger som det er mulig å få i dag, men også følge opp videre eventuell utviklingsprosjekt ift behov for endringer i lovverket og mer innovative løsninger. Dette følges opp videre av Direktoratet for e-helse, Velferdsteknologiprogrammet og Leverandørutviklingsprogrammet.

Det ble bestemt at vi skulle ha konkurranse med forhandlinger og det skulle inngås en rammeavtale pr. brukerhistorie.

Vi skulle bruke statens standardavtaler (SSA) og valgte: SSA-D, SSA-V og SSA-T som best dekkende for anskaffelsen. De fleste av disse løsninger hadde ikke blitt akseptansetestet tidligere og vi så at det kunne være behov for tilpasninger av løsninger.

I slike komplekse anskaffelser er det veldig viktig å informere tidlig i prosessen om hvor mye tid og ressurser ulike aktiviteter kommer til å kreve.

Her ser vi at vi ikke har kommunisert godt nok til alle involverte hvor kompleks anskaffelsen skulle bli og hvor mye ressurser det krever, både fra leadkommunen og leverandører.

## 6 KVALIFIKASJONS- OG KONKURRANSEGRUNNLAG

### 6.1 Kvalifikasjonsgrunnlag prekvalifisering

Vi hadde følgende kvalifikasjonskrav for prekvalifisering:

1. Betaling av offentlige avgifter – Fremleggelse av skatteattest og mva attest
2. Økonomisk evne til å gjennomføre avtalen – Fremleggelse av foretakets årsregnskap eller kredittvurdering

Og følgende vurderingskrav:

3. Erfaring og kompetanse - Tilbyder skulle ha tilstrekkelig erfaring og kompetanse fra sammenlignbare avtaler/oppdrag og redegjøre for minst 3 relevante prosjekter/leveranser de siste 3 årene. Disse skulle også knyttes til våre brukerhistorier.
4. Gjennomføringsevne og kapasitet - Redegjørelse for bemanning for anskaffelsesprosjektet og implementeringsfasen, formell utdannelse og erfaring fra tilsvarende oppdrag

Totalt var det 6 leverandører som leverte forespørsel om deltakelse på konkurransen: Telenor, Atea, Dignio, Evondos, MedicPen, og NorEngros.

Ved innhenting av referanser, var det tydelig at noen av løsningene ikke var mye i bruk, selv om kontrakter var inngått. F.eks. hadde referansekommuner bare et fåtall enheter i bruk og lite erfaring med løsninger.

Tilbudskonferansen ble avholdt 5.feb.2018 i Larvik. Larvik presenterte konkurransegrunnlaget og leverandører fikk mulighet til å stille spørsmål hvis noe var uklart. Vi fikk flere spørsmål om prekvalifiseringskriterier, men også en del som gikk på konkrete krav i kravspesifikasjon.

Det ble klart på tilbudskonferansen at vi ikke har vært tydelige nok i at prosjektene i kvalifikasjonskrav 3 skulle knyttes opp mot brukerhistorier leverandør ønsket å levere tilbud på. Det ble sendt ut en presisering på dette etter Tilbudskonferansen, og fristen for levering ble utsatt med en uke.

## 6.2 Konkurransen med forhandlinger

Vi valgte å ha konkurranse med forhandlinger på grunn av kompleksiteten i anskaffelsen og at vi var usikre på om vi var i stand til å beskrive tydelig nok våre krav og behov.

I forhandlingene hadde vi mulighet til å skape bedre forståelse av oppdraget for leverandører og bedre innsikt i tilbudene for kommuner (kvalitet, funksjonalitet, osv)

Lovhjemmel for å bruke forhandlinger i Del II anskaffelsens er FOA § 13-2 b) og c)  
<https://lovdata.no/forskrift/2016-08-12-974/§13-2>

## 7 KONKURRANSEGJENNOMFØRING

Det var 3 leverandører som ble prekvalifisert for hver av de 4 brukerhistorier. Leverandører som ble prekvalifisert fikk levere tilbud på de brukerhistorier de ønsket, men det skulle leveres et komplett tilbud pr. brukerhistorie.

## 7.1 Evaluering av tilbud

Etter at en av leverandørene trakk seg etter prekvalifiseringen, satt vi igjen med 3 tilbud for brukerhistorier Tone og Hans og 2 tilbud for brukerhistoriene Roar og Peder.

Evaluering av mottatte tilbud var ledet og koordinert av Larvik kommune. Men, det var til sammen 15 personer fra 5 kommuner som deltok i evalueringen, med bakgrunn innen helsefag, velferdsteknologi og IT. Kommuner som deltok i evalueringen, i tillegg til Larvik, var: Bergen, Trondheim, Lørenskog og Skedsmo.

Dette opplevdes som en god prosess med tydelig fordeling av ansvar og involvering av flere kommuner.

På en av brukerhistoriene var det lite som skilte to leverandører og dette ble først avgjort etter forhandlinger.

Med god planlegging og godt verktøy fungerer det bra å jobbe sammen på tvers av kommuner.

Evalueringen ble gjennomført på en uke. Alle involverte hadde på forhånd fått ansvar for et utvalg krav i en brukerhistorie (etter kompetanse og erfaring). Alle evalueringskrav ble vurdert etter utarbeidet evalueringsskala og lagt inn i evalueringsskjema som var tilgjengelig for alle, med utfyllende beskrivelser for hver score. Prosjektleder var tilgjengelig hele tiden, hadde oversikt og kunne omfordele ressurser ved behov. Evalueringen ble også kvalitetssikret av Trondheim og Larvik før resultatet ble endelig og tilgjengeliggjort.

## 7.2 Forhandlinger

Forhandlinger ble gjennomført med 2 av 3 leverandører. Det ble på det tidspunktet vurdert at den tredje leverandør var så langt unna prismessig at det ikke hadde hatt noe effekt på sluttresultatet.

I ettertid, kan det tenkes at forhandlingen med den tredje leverandøren kunne ha vært nyttig for begge parter på den måten at vi hadde blitt bedre kjent med et produkt som ikke finnes på det norske markedet pr. i dag. Men, også for leverandøren slik at de får en mer konkret tilbakemelding og bedre forståelse for det norske markedet.

## Valgte løsninger

Brukerhistorie Tone	Evondos E300, Evondos AS
Brukerhistorie Roar	Medido, Dignio AS
Brukerhistorie Hans	Evondos mini, Evondos AS
Brukerhistorie Peder	Pilly med tippestativ, Dignio AS

### 7.3 Kontraktinngåelse

To leverandører vant 2 av brukerhistoriene hver. Dignio AS vant brukerhistoriene Roar og Peder. Evondos AS vant brukerhistoriene Tone og Hans.

Rammeavtalene ble signert først på vegne av samtlige kommuner, juni 2018. De øvrige avtalene skulle signeres av hver enkelt kommune etter sommerferien.

På grunn av dårlig samordning og lite avsatte ressurser tok det langt mer tid enn planlagt å få ferdigstilt øvrige avtaler.

Avtaleverket har blitt komplekst som følge av kompleksiteten i konkurransegrunnlaget. Vi ser at dette burde ha vært kommunisert tydeligere fra starten, både internt i kommuner og til leverandører.

Samarbeid med leverandører ble mer krevende i denne fasen, da leverandørene ikke hadde god nok forståelse for avtaleverket og bilagene de skulle fylle ut. Leverandørene strevde også med å forstå hvordan dette hang sammen med både konkurransegrunnlaget og videre prosess, som allerede hadde påbegynt i Trondheim med detaljspesifisering og akseptansetesting.

Dokumentene som skulle fylles ut ble sendt frem og tilbake flere ganger før de ble godkjent og dette var tidkrevende. Vi ser at denne fasen har tatt uforholdsmessig lang tid og at vi kunne ha gjort det på en annen måte.

Leverandører har kommet med tilbakemelding om at både arbeid med avtaler og detaljspesifisering og akseptansetesting, har vært mye mer ressurskrevende for dem enn de hadde sett for seg på forhånd. Disse aktiviteter foregikk omtrent samtidig og begge krevde ressurser fra leverandører.

Larvik og Trondheim har samarbeidet godt i denne fasen og har vært samstemte i kommunikasjon med leverandører, men vi ser at dette kan ha vært krevende for dem. Spesielt sett i lys av at de ikke hadde planlagt nok ressurser til disse aktiviteter i utgangspunktet.

Vi håper at leverandører bruker denne læringen i videre anskaffelser og planlegger ressursbruk bedre.

På grunn av kompleksiteten i avtaleverket, skulle Larvik ha invitert en og en leverandør til et par dagers samling hvor vi går gjennom hele avtaleverket og ferdigstiller dette sammen der og da, i stedet for å sende dokumenter frem og tilbake flere ganger.

## **7.4 Felles innføringsprosjekt**

Trondheim kommune tilbød seg å lede felles innføringsprosjekt for samtlige kommuner i denne anskaffelsen. Kommunene kunne selv velge om de ville være med på et slikt felles løp eller ikke.

25 deltakende kommuner valgte å bli med. I dette prosjektet gjennomførte Trondheim bl.a. felles akseptansetest av alle løsninger på vegne av disse kommuner. Prosjektet har vært ledet av Tori Hemmingby Almaas.

Vi er takknemlig for at Trondheim kommune har gjennomført akseptansetest på vegne av så mange kommuner.

Denne prosessen er ikke ferdig enda, da en av produktene ikke ble godkjent i forbindelse med akseptansetesting. I skrivende stund er det forhandlinger mellom den aktuelle leverandøren og Trondheim og Larvik kommune.

## 8 AVSLUTNING

Det har vært utrolig spennende og lærerikt for Larvik kommune å lede denne anskaffelsen. Vi har opparbeidet kompetanse på området som kan være veldig nyttig for oss fremover.

Denne erfaringen vil forhåpentligvis komme til nytte for oss, både i fremtidige anskaffelser og oppfølging av eksisterende kontrakter. Vi har blitt bedre rustet til å gjennomføre innovative anskaffelser fremover og vil bruke denne erfaringen til å tenke mer helhetlig og innovativt.

### Suksessfaktorer:

- God forankring og involvering av alle relevante aktører tidlig nok og gjennom hele prosessen
- God kartlegging av behov
- Formidle disse behovene på en slik måte at leverandører forstår de og klarer å levere det vi etterspør
- God dialog med leverandører
- Samarbeid med andre kommuner og utveksling av erfaringer
- Vurdering av kontaktpunkter med andre inngåtte avtaler
- Vurdering av regelverk tidlig i prosessen
- God planlegging og avklaring av ressursbruk tidlig i prosessen
- Ressurser til koordinering, informasjon og kommunikasjon

Konkurransesgrunnlaget og andre dokumenter kan deles. Det meste er tilgjengelig på nettsiden: <https://innovativeanskaffelser.no/elektronisk-medisineringstotte/>

Vi ønsker å takke alle som har bidratt:

- Nasjonalt velferdsteknologi program som har gitt oss oppdraget
- Leverandørutviklingsprogrammet, som har veiledet og støttet oss underveis i prosessen
- Deltakende kommuner som var med fra starten, for erfaringsdeling og alle bidrag underveis
- Samtlige deltakende kommuner for at de har vist oss tillit og tålmodighet
- Leverandører, som har brukt tid og ressurser på å levere i alle deler av konkurransen
- SINTEF, som har hjulpet oss til å kartlegge behov og formidle disse til markedet
- Ledelsen i Larvik kommune, som har støttet prosjektet og avsatt ressurser
- Innkjøpsjef og Kommuneadvokat i Larvik kommune, som har brukt mye ressurser i dette prosjektet
- Alle ansatte, brukere, pårørende, innbyggere og andre som har hjulpet oss med å forstå behov for hjelp til medisinering